



Rosália Maria Simões
Mariano

Relatório de Trabalho de Projeto

Prestação de Cuidados à Pessoa com Catéter
Venoso Central na Unidade de Cuidados
Intensivos

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico – Cirúrgica, realizada sob a orientação
científica da Professora Doutora Maria de Lurdes
Martins.

Junho, 2015

“É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer”

Aristóteles

Dedico este trabalho à minha família pela força, coragem e confiança demonstradas ao longo de todo o percurso pessoal e profissional.

Dedico também aos amigos de sempre pelo apoio e carinho demonstrados durante todas as situações de adversidades.

Não posso deixar de dedicar aos amigos e colegas de trabalho que apoiaram e incentivaram à concretização de todo o percurso académico e trabalho de projeto realizado.

Agradeço à Prof. Doutora Alice Ruivo pela orientação na fase inicial deste trabalho.

Agradeço igualmente à Prof. Doutora Lurdes Martins pela orientação, apoio e incentivo presentes ao longo deste percurso.

Agradeço à equipa de enfermagem da UCI pela colaboração e disponibilidade na concretização e elaboração deste trabalho.

Agradeço também à Sr. Enf.^a M^a A. A. pela disponibilidade e orientação ao longo deste percurso.

Não poderia deixar de agradecer à equipa de enfermagem da UCP pela possibilidade da realização do estágio de observação.

RESUMO

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla a mobilização de conhecimentos pré-existentes e aquisição de novos, capacitando o enfermeiro para uma prática reflexiva e mais especializada. Este mestrado tem como objetivo a aquisição de competências nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Para a aquisição destas competências contribuíram os aportes teóricos, os trabalhos realizados em contexto académico e a realização dos estágios. A realização do estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) permitiu a vivência de experiências profissionais muito diferenciadas e diversificadas, que potenciaram o desenvolvimento e aquisição das competências em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Constatada a necessidade e pertinência de intervenção neste âmbito, através da realização do diagnóstico de situação, foi elaborado o Projeto de Intervenção no Serviço (PIS), que ao longo do estágio foi desenvolvido de acordo com as etapas estipuladas. Este foi realizado com base na metodologia de trabalho de projeto e incidiu sobre a prestação de cuidados à Pessoa com Catéter Venoso Central (CVC), na UCI. A prestação de cuidados a estas, as suas patologias de base, bem como as características da UCI e a diversidade de procedimentos potenciaram a aquisição das competências mencionadas. Para a aquisição das competências em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa foi realizado um estágio de observação numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). O percurso realizado durante os estágios e os trabalhos desenvolvidos permitiram a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-Chave: Catéter Venoso Central; Infecção da corrente sanguínea; Bundles; Fase de Manutenção; Metodologia de Trabalho de Projeto

ABSTRACT

The present master degree in Medical-Surgical implies the use of pre-existent knowledge as well as the acquisition of new concepts and enables nurses to have a more reflective practice and to provide better and more specialized health care. With this master degree we aimed to acquire nursing skills in Critically Ill Patients and in Patients with Chronic Diseases and in need of Palliative Care. Theoretical support, some written work in academic context and two internships allowed us to acquire these skills. This internship took place in an Intensive Care Unit (ICU) and allowed us to experiment highly diverse professional situations which boosted the development and acquisition of skills related to critically ill patients. After a careful analysis of the ICU context (by conducting a *diagnosis of situation*) we identified the need of an intervention and elaborated a project (*intervention project in hospital context – PIS*), which was developed along the internship. This project was done according to Metodologia de Trabalho de Projeto (*Project Work Methodology*) and focused on the health care provided to persons with Central Venous Catheter (CVC) in this ICU. The care provided to this kind of persons with their underlying health conditions, as well as ICU features and the diversity of procedures done in this context enabled the acquisition of the skills mentioned above. For the acquisition of nursing skills related to patients with chronic and palliative situations we did an observation internship in a Palliative Care Unit (PCU). The situations lived during the internships and the academic work we developed during this period of time contributed to the acquisition of the master degree Medical-Surgical nursing skills.

Key words: Bloodstream infection; Bundles; Central Venous Catheter; CVC Maintenance Period; Metodologia de Trabalho de Projeto/*Project Work Methodology*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AO – Assistente Operacional

BPS – *Behavior Pain Scale*

BSS – Bombeiros Sapadores de Setúbal

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CP – Cuidados Paliativos

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

ECMO – *Extra-Corporeal Membranal Oxigenation*

ELSO – *Extra-Corporeal Life Support Organization*

Enf.^a – Enfermeira

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas Cuidados de Saúde

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

LA – Linha Arterial

MARS - *Molecular Adsorbent Recirculating System*

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MRSA- Multi Resistente *Staphilococcus Aureus*

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aquisição de Competências

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção no Serviço

PTA – Prótese Total da Anca

REPE – Regulamento Estatuto Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

Sr. - Senhor

Sr.^a - Senhora

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TOT – Tubo Oro-Traqueal

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

INDÍCE DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 – Resultados da 1ª Fase de Observações | 34 |
| Tabela 2 – Resultados da 2ª Fase de Observações | 36 |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 0 – INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 14 |
| 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS) | 24 |
| 2.1 – ÁREA DE INTERVENÇÃO DO PIS | 25 |
| 2.2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO | 27 |
| 2.2.1 – Definição Geral do Problema | 27 |
| 2.2.2 – Análise do Problema..... | 28 |
| 2.2.3 – Objetivos do PIS..... | 32 |
| 2.3 – PLANEAMENTO DO PIS..... | 33 |
| 2.4 – EXECUÇÃO DO PIS..... | 33 |
| 2.5 - AVALIAÇÃO DO PIS..... | 34 |
| 2.5.1 – Apresentação dos Resultados da 1ª Fase de Observações | 34 |
| 2.5.2 – Apresentação dos Resultados da 2ª fase de Observações | 35 |
| 2.5.3 – Análise dos Resultados Obtidos nas Fases de Observação..... | 36 |
| 2.5.4 – Avaliação Global do PIS | 39 |
| 3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)..... | 43 |
| 3.1 – COMPETÊNCIA K2 – DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA, DA CONCEÇÃO À ACÇÃO | 43 |
| 3.1.1 – PAC da Catástrofe | 44 |
| 3.1.2 – Planeamento do PAC da Catástrofe..... | 45 |
| 3.1.3 – Análise das Aprendizagens na Aquisição da Competência K2 | 46 |
| 3.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA E PALIATIVA | 48 |
| 3.2.1 – PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa .. | 50 |
| 3.2.2 – Objetivos do PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa..... | 51 |
| 3.2.3 – Planeamento do PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa..... | 52 |
| 3.2.4 – Avaliação do PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa | 52 |
| 4 – SÍNTESE DE APRENDIZAGENS..... | 53 |
| 4.1 – ANÁLISE DE APRENDIZAGENS NA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 53 |
| 4.1.1 – Análise de Aprendizagens: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A) | 53 |
| 4.1.2 – Análise de Aprendizagens: Domínio da Melhoria da Qualidade (B) | 54 |
| 4.1.3 – Análise de Aprendizagens: Domínio da Gestão de Cuidados (C) | 56 |
| 4.1.4 – Análise de Aprendizagens: Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D)..... | 57 |

| | |
|---|-----|
| 4.2 – ANÁLISE DE APRENDIZAGENS NA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | 59 |
| 4.2.1 – Análise de Aprendizagens: Competência K1 - “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” | 59 |
| 4.2.2 – Análise de Aprendizagens: Competência K2 – “Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção” | 65 |
| 4.2.3 – Análise de Aprendizagens: Competência K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” | 66 |
| 4.3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA | 68 |
| 4.3.1. – Análise de Aprendizagens: Competência L5 - “- Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” | 71 |
| 4.3.2 – Análise de Aprendizagens: Competência L6: “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” | 73 |
| 5 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE | 76 |
| 5.1 – ANÁLISE DE APRENDIZAGENS NA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE | 76 |
| 6 – REFLEXÃO FINAL | 81 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 85 |
| ANEXOS..... | 90 |
| ANEXO I..... | 91 |
| APÊNDICES | 97 |
| APÊNDICE A | 98 |
| APÊNDICE B..... | 100 |
| APÊNDICE C..... | 102 |
| APÊNDICE D | 106 |
| APÊNDICE E..... | 117 |
| APÊNDICE F | 119 |
| APÊNDICE G | 124 |
| APÊNDICE H | 126 |
| APÊNDICE I..... | 128 |
| APÊNDICE J..... | 130 |
| APÊNDICE L..... | 132 |
| APÊNDICE M..... | 143 |
| APÊNDICE N | 145 |
| APÊNDICE O | 147 |

0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do trabalho de projeto do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido na Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), sob a orientação da Sr.^a Prof. Dr.^a L.M. e Sr.^a Enf.^a M.^a A. A..

Com a finalidade de desenvolver e adquirir competências enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, propusemo-nos realizar um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), inserida num hospital do Centro Hospitalar de Lisboa Central. Este decorreu de 29 de Março a 9 de Julho de 2014 (Estágio I e II) e de 13 de Outubro a 27 de Janeiro de 2015 (Estágio III).

A referida UCI é o local de eleição para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e ou em falência multiorgânica associadas a uma diversidade de patologias do foro hepático, nomeadamente no período pós-operatório de duodenopancreatectomias, hepatectomias, transplantes hepáticos, entre outras.

A enfermagem é uma profissão do cuidar que se direciona para a pessoa enquanto ser humano em interação com o meio. Consideramos que o modelo de Conservação de Levine é o que se enquadra melhor com esta abordagem e, por isso, o mais adequado ao ambiente numa UCI. A pessoa ao experienciar/vivenciar uma situação crítica mantém a sua individualidade. Esta é suportada pela história de vida, crenças, valores e família onde a pessoa desempenha determinado papel tornando-a um ser único.

Ao longo do relatório são descritos os trabalhos que desenvolvemos no sentido de atingir as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como o enquadramento teórico no qual nos sustentámos.

Será apresentado o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC).

O desenvolvimento do PIS tem como finalidade a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, nomeadamente na área de intervenção na prevenção e controlo de infeção (Competência K3).

Foi igualmente delineado um PAC na área da catástrofe ou emergência multi-vítima (Competência K2). Propusemo-nos à participação e elaboração de um trabalho onde fosse abordado o papel do enfermeiro especialista em contexto hospitalar. Para fortalecer a aquisição desta competência participámos em congressos onde a temática da catástrofe e emergência multi-vítima foi abordada e no simulacro realizado pelo IPS/ESS em parceria com os Bombeiros Sapadores de Setúbal (BSS).

Com vista a desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (competências L5 e L6) realizámos um estágio de observação numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e delineámos um outro PAC.

As competências de mestre descritas no artigo 15º do Dec. Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto, definem Mestre como aquele que apresenta e demonstra conhecimentos, capacidade de refletir e agir de acordo com as suas responsabilidades éticas e sociais, desenvolve investigação e que é capaz de desenvolver capacidade de aprendizagem ao longo da vida.

O percurso efetuado até à elaboração deste relatório possibilitou a aquisição de todas estas competências.

Estruturalmente o presente relatório inicia-se com a introdução, seguindo-se o primeiro capítulo onde é exposto o enquadramento conceptual; o segundo capítulo incide sobre o Projeto de Intervenção em Serviço; o terceiro capítulo explana o Projeto de Aprendizagem Clínica e, posteriormente, o quarto capítulo aborda a síntese de aprendizagens, englobando o subcapítulo das competências comuns, específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. O quinto capítulo é referente às competências de mestre, seguindo-se o sexto capítulo, denominado de Reflexão Final; por último são apresentadas as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Na elaboração das referências foi utilizada a norma APA – 6ª edição.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A enfermagem é a profissão do cuidar assente na comunicação e relação terapêutica estabelecidas entre o profissional e a pessoa/família.

Contudo, a prestação de cuidados de enfermagem necessita de se alicerçar no conhecimento científico sólido, no qual apoia a prática, de forma a permitir aos enfermeiros uma tomada de decisão consciente.

Para Cestari (2003, p.35) “os padrões de conhecimentos de enfermagem apresentam a necessidade de “reconhecer o saber da prática, e apresentá-lo de forma discursiva, pode legitimá-lo, tanto internamente como externamente à profissão”. Os padrões referidos são: o padrão empírico, o padrão estético, o padrão ético e o padrão pessoal.

De acordo com Carper (1978, citado por Nunes, 2010, p.7), a estes quatro tipos de conhecimento em enfermagem foram acrescentados mais dois, ficando assim: o “conhecimento empírico” - representa o conhecimento do que é verificável, objetivo, fático e baseado na investigação (de certa forma, o mais tradicional, lógico, positivista: mede, prediz, generaliza) e inclui o desenvolvimento de teorias; o “conhecimento ético” - conhecimento sobre princípios e valores, o bom e desejável, ética de enfermagem, princípios éticos em investigação, princípios da prestação de cuidados (respeito dos direitos humanos, por exemplo); o “conhecimento estético” - focado na “arte de enfermagem”, conhecimento tácito, a intuição e exploração do qualitativo; o “conhecimento pessoal” - conhecimentos subjectivo centrado na autoconsciência, sabedoria pessoal, relacionado com o existencial, a autenticidade, a natureza de ser e tornar-se; o “conhecimento reflexivo” – relativo à incerteza, à reflexão sobre a experiência, à suspensão de julgamento e à exploração de situações a um nível mais profundo, à *praxis*, reflexão sobre a acção, ao exame de forças e fraquezas e à abertura à aprendizagem e ao desenvolvimento; e o “conhecimento sociopolítico” - relacionado com o poder, o contexto, vozes ouvidas e silenciosas, a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir em contexto de enfermagem e saúde.

Embora o desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem esteja mais vocacionado para o desenvolvimento de teorias, os modelos conceptuais não perderam a sua importância e podem fornecer diferentes perspectivas da enfermagem. Os modelos conceptuais são definidos, por Tomey e Alligood (2004, p.8), como estruturas de palavras que

fornece uma determinada perspetiva da enfermagem através da inter-relação de conceitos na estrutura.

A teoria dado o seu carácter prático difere das filosofias e dos modelos de enfermagem. De acordo com Tomey e Alligood (2004, p.19) “as filosofias de enfermagem conduzem a uma visão específica da enfermagem, enquanto os modelos conceptuais de enfermagem são extensos e conduzem o leitor às especificidades da prática”.

Para a prática de enfermagem é essencial a sustentabilidade através de determinados conceitos, como alude George (2000, p.11) “a unidade básica na linguagem do pensamento teórico é o conceito”. Os conceitos podem ser abstratos ou concretos: quando estes são abstratos, para além de serem independentes do tempo e espaço, são em muitas situações imensuráveis e não são observáveis; por seu turno, os conceitos concretos são característicos do tempo e espaço, sendo observáveis e, muitas vezes, mensuráveis.

Tanto os modelos como as teorias contribuem para o pensamento crítico, contribuindo deste modo para a melhoria e especificidade dos cuidados de enfermagem.

Sendo este trabalho desenvolvido na área do cuidado à pessoa em situação crítica, em que esta está sujeita a processos diferenciados e complexos no que respeita ao seu estado de saúde que se encontra alterado, achamos pertinente abordar o Modelo de Conservação de Levine.

A UCI por apresentar características muito específicas quanto à sua disposição, presença de dispositivos médicos (ventiladores, monitores, ...), configuração da sala, ambiente “sonoro” pode transmitir uma despersonalização do cliente na interação com o meio que o rodeia.

O presente modelo considera a pessoa como um ser holístico e um todo dinâmico, que se encontra em constante interação com o ambiente. Para Tomey e Alligood (2004, P.242) a pessoa é descrita como “um sistema de sistemas, e na sua totalidade expressa organização de todas as partes constituintes”.

Tomey e Alligood (2004, p.242) descrevem que o ambiente é o contexto no qual nos inserimos. A pessoa é um ser em interação com o meio em que se encontra, mas também com o meio que a caracteriza. Isto é, cada pessoa possui o seu próprio ambiente interno e externo, em que o ambiente interno se relaciona com os factores fisiológico e fisiopatológico.

Este modelo sugere três níveis de ambiente: “o perceptual (os indivíduos são capazes de interceptar e interpretar com os órgãos dos sentidos), o operacional (fenómenos que podem afetar fisicamente os indivíduos) e o concetual (o ambiente é construído a partir de padrões

culturais, caracterizados por uma existência espiritual e mediado por símbolos de linguagem, pensamento e história)” (Tommey e Alligood, 2004, p. 240).

A adaptação é um acontecimento que não pode ser dissociado quando existe interação com o ambiente. Ocorre por um processo de mudanças através do qual as pessoas conseguem manter a sua integridade dentro das realidades do seu ambiente externo e interno. Segundo George (2000, p.160) a adaptação apresenta três características: “a historicidade, a especificidade e a redundância”.

“A especificidade e a historicidade estão intimamente ligadas à adaptação a determinado processo no qual é necessário uma resposta e a mesma é influenciada pela carga genética de cada indivíduo, nomeadamente fatores fisiológicos e fisiopatológicos. Quanto à redundância esta corresponde à possibilidade de ocorrer falha referente à adaptação (Tomey e Alligood, 2004, 239).

Associada à adaptação surge a resposta do organismo, definida como a capacidade de adaptação da pessoa às condições do ambiente. São denominadas por: luta e fuga, resposta inflamatória, resposta ao *stress* e consciência perceptual (Tomey e Alligood, 2004, p.240).

A enfermagem enquanto disciplina e de acordo com o modelo em questão é definida como a atuação, em que nos deparamos com um conjunto de intervenções baseadas na avaliação, orientadas pelos princípios da conservação e suportadas pelo reconhecimento de mudanças comportamentais centradas no método científico, com a finalidade de promover o cuidado holístico.

A Conservação caracteriza-se pela manutenção da unicidade ou equilíbrio adequado, sendo seu propósito a manutenção da integridade da pessoa. De acordo com Tomey e Alligood (2004, p.241) “a conservação concentra-se na obtenção de um equilíbrio entre o fornecimento e a necessidade de energia dentro das realidades biológicas próprias do indivíduo”.

De acordo com Levine (1967, citada por Tommey e Alligood, 2004, p.241) o referido modelo descreve quatro princípios de conservação: “o princípio da conservação da energia; da conservação da integridade estrutural; da conservação da integridade pessoal e da conservação da integridade social”.

O princípio da conservação da energia refere-se ao equilíbrio da energia e renovação constante desta, com a finalidade de manter as actividades de existência.

O princípio da conservação da integridade estrutural refere-se à manutenção ou recuperação da estrutura do corpo, ou seja, a prevenção do colapso físico e a promoção do seu estado de saúde. Como referem Tomey e Alligood (2004, p.241) “as enfermeiras podem limitar a quantidade de tecido envolvido na doença através do reconhecimento precoce das mudanças funcionais e das intervenções de enfermagem”.

Segundo os mesmos autores (2004, p.241), “o princípio da conservação da integridade pessoal reflecte que a auto-valorização e o sentido de identidade são importantes”. Este princípio considera a especificidade do ser humano, demonstrando respeito pelo outro, tratando-o pelo seu nome, respeitando a sua intimidade e privacidade, valorizando a sua identidade pessoal.

O princípio da conservação da integridade social consiste no reconhecimento da pessoa como um ser social, em interação humana, particularmente com aqueles que são importantes para si (falamos sobretudo da família, cuidador informal e pessoas significativas).

Concordamos com o Modelo de Conservação de Levine e a sua aplicação prática em contexto de estágio faz-nos todo o sentido. Tendo em conta que o ambiente nas UCI's pode tornar-se impessoal (dada a prevalência de máquinas, fios a que os clientes se encontram conectados, etc.), é então necessário olhar para pessoa segundo uma visão holística, considerando-a como um ser único, com características individuais, um ser de relação que necessita de suporte familiar. Alertamos, mais uma vez, que a enfermagem deve basear-se em conhecimentos científicos, pois só assim é possível prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa com o objetivo de sentido terapêutico e não apenas um cuidado de apoio.

O conhecimento e o seu desenvolvimento, paralelamente com o desenvolvimento de modelo e teorias de enfermagem, harmoniza a existência de competências que caracterizam os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados.

Para Benner (2001, p.16) “compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer”. Deste modo, e tendo por base os padrões de conhecimento já referidos, Benner desenvolveu o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências do enfermeiro. A designação exposta por esta autora relaciona-se com a experiência que o enfermeiro possui e com o modo como esta influencia a sua resposta/comportamento perante determinado acontecimento.

Entende-se como enfermeiro **principiante/iniciado** aquele que não possui experiência da situação na qual está envolvida.

Assim Benner (2001, p.49) menciona que “as enfermeiras iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que elas possam ser confrontadas. Para as ensinar e permitir que elas adquiram experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritas situações em termos de elementos objectivos tais como: o peso, os líquidos ingeridos e eliminados,...”.

O enfermeiro **principliante avançado**, por sua vez, atua segundo regras e orienta-se pela realização de tarefas, apresenta a capacidade de resposta, embora não possua competência no reconhecimento do contexto de situação.

Benner (2001, p.50) alerta que “o comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sobre a indicação de um orientador) os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas e que o modelo Dreyfus qualifica por “aspectos de situação”.

Enquanto o enfermeiro **competente** planeia conscientemente e delibera quais os aspetos das situações atuais ou futuras que são importantes e quais destas podem ser ignoradas.

Deste modo “a enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência ajuda a ganhar eficiência e organização” (Benner, 2001, p. 54).

Seguidamente surge o enfermeiro **proficiente**, que apresenta a capacidade de mudança numa situação, incluindo o reconhecimento e implementação de resposta à medida que a situação progride, esta “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas” (Benner, 2001, p.54).

Quanto ao enfermeiro **perito**, este demonstra a capacidade de reconhecimento de padrões com base na experiência.

Benner (2001, p.58), diz-nos que este “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende

directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p.58). Também Nunes (2010, p.4) alerta que o perito “suporta a sua acção a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações; já não se baseia em princípios, regras ou linhas orientadoras para relacionar as situações com a sua acção”.

O conhecimento e a acção encontram-se interrelacionados sendo demonstrados através das competências.

Quanto às competências, Alarcão (2005, p.375) alude que “a competência profissional envolve a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional”.

Alarcão (2005, p.375) relata que “a competência cognitiva implica, entre outros componentes: a identificação das necessidades dos clientes; a análise e interpretação da informação recolhida; a planificação das actividades de acordo com as prioridades de cada situação; a justificação das intervenções; a avaliação da evolução de cada situação clínica. A competência técnica pode subdividir-se em micro-competências: efectuar correctamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas; possuir destreza manual; utilizar o material adequado a cada situação. A competência comunicacional implica um conjunto de micro-competências, como: saber ouvir; comunicar de forma adequada às características do cliente/família; efectuar ensinamentos oportunos; registar de forma sistematizada a informação; transmitir informações corretas e pertinentes; estabelecer uma relação de ajuda”.

A partir do desenvolvimento destas, o enfermeiro pode ser distinguido como especialista numa determinada área.

O enfermeiro especialista é definido de acordo com o regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 (p.8648), da OE, como aquele “que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

As competências deste encontram-se regulamentadas e subdividem-se em comuns e específicas.

De acordo com o regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 (p.8649), da OE, as competências comuns são descritas como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Estas encontram-se subdivididas por quatro domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A); o domínio da melhoria contínua da qualidade (B); o domínio da gestão de cuidados (C) e o domínio das aprendizagens profissionais (D).

As competências específicas são descritas pelo regulamento supracitado como “aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo da intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (2001, p. 8649).

De acordo com o regulamento n.º124/2011, art.º4, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica são descritas como: K1 – “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”; K2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”; K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada e em tempo útil.

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa enunciam-se por: L5 – “Cuida de pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”; L6 – “Estabelece relação terapêutica, com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”.

É de salientar que a enfermagem enquanto “profissão do cuidado” tem de considerar princípios éticos e deontológicos. Os princípios éticos são indissociáveis da *práxis* de enfermagem. Inerente a esta, o princípio da liberdade e o respeito pela autonomia daqueles que são os receptores dos nossos cuidados devem ser valorizados. Cabe ao enfermeiro estar atento a esta problemática, nomeadamente no que respeita à dignidade humana, mas também ao princípio da Beneficência e Não-maleficência, bem como aos princípios da Verdade e da Justiça.

O princípio da Beneficência remete-nos para o agir de modo a promover o bem do outro. Sendo assim, como refere Martins (2004, p. 232) “o princípio da beneficência está intimamente relacionado com o imperativo de fazer o bem, de ajudar o outro a encontrar o que é para o seu benefício”.

Enquanto o princípio da Não-maleficência, segundo a mesma autora (2004, p.231) “propõe a obrigação de não infligir qualquer dano de forma intencional”. Pressupõe o respeito pelos direitos e dignidade do Homem, sem provocar danos físicos ou emocionais, sendo relevante o contributo enfatizado através dos princípios que concebem a pessoa, a sua capacidade de tomar decisões, agir e decidir, embora por vezes, e citando Queirós (2001, p.58) “em determinadas e bem definidas circunstâncias, é legítimo realizar ações das quais resulta um efeito bom (pretendido) e outro mau (tolerado)”.

Noutra perspetiva, o princípio da Autonomia está relacionado com autodeterminação, com a capacidade/competência da pessoa para tomar decisões. A autonomia é a capacidade da pessoa decidir sobre si e sobre a sua situação, transmitindo-lhe empoderamento sobre si e sobre a sua individualidade e privacidade.

Os princípios já referidos devem ser implícitos à pessoa e família. Relativamente à família, enquanto recetora de cuidados, a conduta será a mesma. É importante estar alerta para a possibilidade de uma dicotomia em termos éticos, no que respeita à informação a ser transmitida à família.

A deontologia pode ser interpretada como a reflexão sobre “o conjunto de deveres” que são os implícitos ao exercício de determinadas profissões, como a enfermagem. Para Neves (2004, p.152) “a deontologia é de âmbito mais restrito que a ética, tomada na sua especificidade como ciência dos fundamentos da acção humana; dada a sua natureza normativa, a deontologia assume-se como uma moral particular, de ordem corporativista”.

A deontologia pode ser equiparada à “ética profissional”. Neves (2004, p.152) menciona que esta “deve garantir o bom exercício de uma prática profissional, tendo em conta a sua inserção no seio de uma comunidade ela própria regulada pela moral e pelo direito”.

A enfermagem, enquanto profissão é regulamentada pelo Código Deontológico, um conjunto de normas que incidem sobre os direitos, deveres, responsabilidades e incompatibilidades que regulam o exercício da profissão. O código deontológico é composto por 15 artigos, enunciados do artigo 78º ao artigo 92º. Salientamos os artigos que considerámos mais pertinentes:

- Artigo 78º - refere-se aos deveres deontológicos em geral, em que a liberdade e a dignidade humana da pessoa e enfermeiro estão enaltecidos, bem como os valores universais a serem observados na relação profissional e os princípios orientadores da actividade dos enfermeiros;
- Artigo 86º - enuncia o respeito pela intimidade e menciona que se deve atender aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa;
- Artigo 88º - apresenta-se como a excelência do exercício e enfatiza que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício;
- Artigo 89º - retrata a humanização dos cuidados.

Como refere Queirós (2001, p.19) “o objetivo da enfermagem é principalmente o de promover a saúde e a qualidade de vida e providenciar um ambiente humano e seguro. Esta perspetiva coloca o doente/utente no centro da atenção da profissão de enfermagem”.

De acordo com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001, p.14) a promoção da saúde prende-se com a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”. Ela é determinante e é influenciada pela cultura, idade, sexo, religião, crenças e valores do cliente e família. Assim sendo, todos os fatores já referidos são determinantes no que respeita à qualidade de vida.

Associado aos padrões de qualidade descritos pela OE, surge-nos um outro conceito que tem vindo a alcançar pertinência na nossa *práxis*: a segurança do cliente. O ambiente no qual a pessoa se encontra envolvida interfere nesta, quer pela sua promoção, quer pela sua prevenção. Segundo Lage (2010, p.15) a segurança da pessoa envolve “uma base de conhecimentos, muito do que é pretendido tem a ver com aptidões e comportamentos tais como, comunicação, liderança, trabalho em equipa e o profissionalismo”.

Também o Código Deontológico reforça a importância da segurança da pessoa destacando o artigo 78º, em que o enfermeiro orienta a sua actividade pela responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com as pessoas e excelência do exercício da profissão.

Com base no enquadramento realizado sobre Modelo de Conservação de Levine e nos princípios éticos e deontológicos iremos explicar seguidamente o Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) e os Projetos de Aprendizagem Clínica (PAC), bem como descrever experiências vividas em contexto de estágio clínico que confluíram na aquisição de competências relativas à Pessoa em Situação Crítica e Falência Multi-orgânica e à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

A realização do trabalho de projeto teve como finalidade a resolução de um problema com o qual nos deparámos em contexto de estágio, pelo que foi desenvolvido um PIS no âmbito da prevenção e controle de infeção visando a segurança da pessoa, no decorrer da sua hospitalização.

Como indicam Ruivo, Ferrito, Nunes, e alunos 7º CLE (2007, p.4) “o projeto é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”. Na realização do presente trabalho foi utilizada a metodologia de projeto. Esta centra-se na resolução de problemas e é através desta que se adquirem capacidades e competências para a elaboração e concretização do projeto na situação real. Tal como menciona Guerra (1994, citado por Ruivo *et al.*, 2007, p.3) a metodologia de projeto é definida como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real”.

Neste sentido, após a identificação da problemática já acima mencionada desenvolvemos o PIS, delineámos os objetivos e o planeamento do projeto. Como resposta à necessidade académica do desenvolvimento do projeto foi preenchida a ficha diagnóstica definida pela escola (ANEXO I).

O projeto intitula-se “Prestação de Cuidados à Pessoa com Catéter Venoso Central na Unidade de Cuidados Intensivos” e apresenta como objetivo geral a melhoria de práticas sobre os procedimentos relativos à manutenção de CVC numa UCI. O problema que desencadeou o desenvolvimento deste projeto foi a constatação da inexistência de uniformização de procedimentos prestados à pessoa com CVC nesta UCI.

No desenvolvimento do presente projeto foram consideradas as questões éticas necessárias, ou seja, foi solicitada autorização da Sr.^a Enf.^a Chefe para a aplicação da grelha de observação e o consentimento dos enfermeiros da equipa na observação da prestação de cuidados.

2.1 – ÁREA DE INTERVENÇÃO DO PIS

A UCI é um dos locais em que a presença de pessoas internadas em situações de instabilidade hemodinâmica e ou falência multi-orgânica concede-lhes a denominação de pessoa em estado crítico, pelo que o recurso a métodos invasivos é uma realidade permanente.

Por “utente em estado crítico entende-se, aquele que tem uma condição instável, com possível falência ou com falência efectiva de função de órgão(s) vital(ais). No entanto, nas UCI’s também podem ser admitidos utentes que tenham um elevado risco de desenvolver sérias complicações, em que estas possam ser prevenidas” (Ascensão, 2010, p.72).

Da realização dos diferentes procedimentos invasivos, podem ocorrer complicações, nomeadamente infecções da corrente sanguínea associadas aos cuidados de saúde (IACS) prestados pelos profissionais de saúde.

Para a *World Health Organization* (2011, p.1) as IACS são definidas como infeções adquiridas em meio hospitalar e que afetam a pessoa durante a prestação de cuidados e internamento, sem que no período de admissão as mesmas estivessem presentes. Estas constituem um problema de saúde pública pela elevada taxa de morbi-mortalidade e custos inerentes.

De acordo com Pina, Ferreira, Marques, e Matos (2010, p.29) os principais riscos estão associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e presença de microorganismos multirresistentes. As causas mais frequentes das IACS relacionam-se sobretudo com a prestação de cuidados e comportamentos humanos. Deste modo, a existência/prevalência destas gera uma componente crítica relativamente aos programas de segurança dos clientes.

Também Sousa Dias (2010, p.47) corrobora com o anteriormente referido, salientando ainda que “o risco de complicações sérias devidas a IACS é particularmente elevado para os doentes que necessitam de cuidados intensivos, contribuindo para este problema o aumento da resistência antimicrobiana, a tecnologia médica invasiva, o desenvolvimento de procedimentos cada vez mais complexos, que põem os doentes em risco para infeções associadas a procedimentos e dispositivos”.

O CVC é um dispositivo médico invasivo e a sua utilização em pessoas que se encontrem em estado crítico nas UCI's, dada a instabilidade hemodinâmica, como referem Pina *et al.* (2010, p.30) “tornou-se nos últimos anos uma prática quase indispensável, nomeadamente em contexto de cuidados intensivos, não só devido ao acesso vascular de alto débito mas também por questões relacionadas com a monitorização hemodinâmica”.

Corroborando com o anteriormente Loveday, *et al.* (2014, p.S38) destacam que este é mantido durante um longo período de tempo, aumentando assim a predisposição para o risco de infeção através da colonização por microorganismos devido à manipulação deste para a administração de fluídos e/ ou nutrição parentérica, terapêutica e produtos de sangue predispõe ao risco de infeção.

No inquérito de 2012 da DGS (2013) sobre a prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses, foram identificadas 170 infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS), o que corresponde a uma taxa de prevalência de 0,9 (0,8-1,1) por cem clientes. Em 8,8% (1593) das pessoas registou-se a presença de um cateter vascular central e em 38 dos clientes, a INCS foi classificada como sendo associada à presença de CVC. O relatório da vigilância epidemiológica das INCS, também referente ao mesmo ano, revela que em 461 episódios 17% tiveram como origem provável a presença de CVC.

Dáí que a existência de *guidelines*, enquanto medidas preventivas de controlo de infeção, contribua para a melhoria dos cuidados prestados e para a segurança da pessoa, sendo fundamental investir na formação dos profissionais e melhorar a comunicação entre todos os profissionais da UCI de forma a influenciar o comportamento destes (Sousa Dias, 2010, p.52).

As *guidelines* relativas à prestação de cuidados à Pessoa com CVC encontram-se descritas como *Care Bundles*, sendo referentes à fase de inserção e de manutenção. As *bundles* de inserção segundo Provonost, P., Needham, D., *et al.* (2006, p.2726) são descritas como: a higienização das mãos, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), a desinfecção do local de inserção com solução de clorohexidina, a seleção do local de inserção e a remoção do CVC sempre que este se torne desnecessário. Os mesmos autores advertem também que a prática destas atitudes diminui em cerca de 66% a ocorrência das IACS associadas à colocação do CVC.

Quanto às *bundles* de Manutenção, Naomi, O'Grady *et al.* (2011, pp.8-14) referem que as mesmas orientam os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, para os procedimentos a efetuar durante a fase de manutenção do CVC. Estas relacionam-se

sobretudo com a utilização de técnica assética na realização de pensos, a substituição dos pensos, quer sejam de gaze ou transparentes, a manipulação mínima das conexões e obturadores aquando da administração de terapêutica e nutrição parentérica, a desinfecção das conexões e obturadores com solução alcoólica a 70%, bem como a higienização das mãos antes e após os cuidados.

Para que o recurso às *bundles* durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica seja intrínseco à prática é necessário que estas sejam transmitidas aos profissionais de saúde através de formação e existência de protocolos.

De acordo com Pina *et al.* (2010, p.30) a “utilização de protocolos de cuidados atualizados, formação e treino de profissionais, tipo de catéter, local de inserção, desinfecção da pele na colocação e no manuseamento, tipos de penso utilizados, manuseamento das linhas de infusão” contribui para a diminuição das IACS, a melhoria dos cuidados prestados e a segurança da pessoa.

São várias as estratégias com sucesso na implementação das recomendações para a prevenção das IACS através do recurso das *Care bundles*, entre as quais o envolvimento dos profissionais; o estabelecimento de um programa de formação a curto, médio e longo prazo; a divulgação da campanha e o uso de lembretes em locais estratégicos; a observação e informação dos resultados obtidos com a campanha; e assegurar clima institucional e apoio estrutural para a execução da campanha (Provonost, Needham *et al.*, 2006; Sousa Dias, 2010).

Os enfermeiros devem então estar especialmente atentos durante a prestação de cuidados, incluindo nesta “ações que actuem simultaneamente, quer na área da prevenção, quer na área do controlo da transmissão cruzada de microorganismos” (Pina *et al.*, 2010, p. 32).

2.2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

2.2.1 – Definição Geral do Problema

O problema geral definido para o PIS advém da inexistência de uniformização de procedimentos prestados à pessoa com CVC na UCI em questão.

2.2.2 – Análise do Problema

Segundo a DGS (2003, p.6) as unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos clientes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”, podendo ser classificadas segundo as técnicas utilizadas e valências disponíveis.

As unidades de nível I são caracterizadas pela capacidade de “monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior” (DGS, 2003, p.8).

Quanto às unidades de nível III, são descritas como unidades que devem, preferencialmente, “ter quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos” (DGS, 2003, p.8).

A presente unidade é composta por 4 salas, com capacidade total de 19 camas. Destas, 8 são de nível I, distribuídas por duas salas. As restantes 7 são de nível III e encontram-se distribuídas pelas outras duas salas. Existem 4 quartos de isolamento de nível III.

A equipa é composta por 50 elementos, subdivididos em 5 equipas, cada uma em média com 9 elementos (um chefe de equipa e 8 elementos). O método de trabalho utilizado é o individual.

A área de intervenção do presente projeto relaciona-se com a elevada prevalência de pessoas internadas na UCI com CVC. É uma técnica que não pode ser considerada inócua, devido aos riscos inerentes, apesar de ser uma das vias de cateterização de eleição nas UCI's, pela instabilidade hemodinâmica das pessoas aí internadas.

Os cuidados por parte dos profissionais de saúde devem contemplar determinados comportamentos orientados por procedimentos durante a sua manipulação, no sentido de minorar os riscos associados, nomeadamente o de infeção.

A escolha do tipo de catéter depende da situação clínica da pessoa, da sua finalidade, do tempo previsto para a sua utilização e do local de inserção. A escolha deste local é efetuada pelo médico de acordo com os riscos associados, sendo os locais mais utilizados a veia jugular ou a subclávia. A veia femural pode ser utilizada, mas comporta riscos mais elevados. Ferreira, Andrade e Ferreira (2011, p.1004) salvaguardam que os catéteres inseridos na veia jugular interna possuem maior risco de infeção quando comparados à inserção na veia subclávia, dado a proximidade de secreções da orofaringe e a dificuldade de imobilização do mesmo. Por outro lado, consideram que a inserção na veia femural deve ser evitada pelo elevado risco de complicações, tais como a trombose venosa profunda e a infeção, particularmente em adultos incontinentes.

Compete então aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, por serem os profissionais que mais tempo passam junto da pessoa e os principais responsáveis pelo manuseio do catéter, estarem alerta para as diferentes complicações que possam surgir.

A existência de protocolos relacionados com esta temática é de extrema relevância, sendo que estes devem ser orientados segundo as *bundles*. Entende-se por *bundles* um conjunto de cuidados que tendem a melhorar a segurança da pessoa e a diminuir as complicações inerentes a determinada intervenção. Brachine, Peterlini e Pedreira (2012, p.209) ressaltam que “o uso de *bundles* está diretamente ligado à segurança do paciente, além de ser enfatizado por especialistas e organismos internacionais como método eficaz para prevenir e reduzir infeção de corrente sanguínea”.

Estas remetem-nos para cinco áreas: a rigorosa higienização aséptica das mãos prévia à sua colocação; a desinfeção do local de inserção com solução alcoólica de cloroheixidina; a utilização de equipamentos de protecção individual (luvas esterilizadas, bata estéril, máscara cirúrgica, touca e campo esterilizado); a seleção do local de inserção e a sua remoção.

Para Naomi, O’Grady *et al.* (2011) as “*bundles* de manutenção” do CVC preconizadas pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) incluem: a higienização das mãos antes da manipulação do CVC; a desinfeção dos obturadores e conexões com álcool a 70% antes do manuseio do CVC; o registo da substituição do penso do catéter (a cada 48 horas para pensos de gaze e a cada sete dias para pensos transparentes) e o registo com a descrição do local de inserção do catéter na evolução de enfermagem diária da pessoa.

As *bundles* ao serem um conjunto de procedimentos a serem prestados à pessoa com CVC funcionam como uma estratégia para minimizar as complicações inerentes aos mesmos. Deste modo Andrade, Cardoso Pais, Carones e Ferreira (2010, p.58) salientam que a “existência de estratégias de prevenção é essencial para uma melhoria dos cuidados prestados”. Estas apresentam como finalidade a diminuição dos riscos de infeção associados a este, realçando a importância da realização de protocolos ao nível das instituições, bem como a formação e informação dos profissionais de saúde.

Para a realização do PIS foi necessário envolver toda a equipa com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem prestados. Segundo a literatura existente e embora as *bundles* sejam, na maioria dos casos, do conhecimento dos profissionais a prevalência de infeções associadas à presença do CVC em pessoas internadas nas UCI está presente.

De acordo com o inquérito da DGS, de 2012 apesar da prevalência de outras INCS, como a pneumonia associada à necessidade de ventilação assistida e infeção associada à presença de catéter urinário serem mais elevadas, as INCS associadas à presença de CVC ainda apresentam um valor que não pode ser descurado, sendo de extrema importância potenciar comportamentos de mudança.

Como mencionam Andrade *et al.* (2010, p.58) “a diminuição da bacteriemia associada ao CVC implica cumprimento de normas antes e durante a inserção, durante a manipulação/manutenção e remoção do dispositivo intravascular”.

A manutenção e manipulação do CVC implica a correta assepsia antes da manipulação, a escolha do material de penso e a mudança de sistemas de perfusão, daí advindo a importância de determinados procedimentos durante estas fases (Provonost *et al.*, 2006; Andrade *et al.*, 2010).

Como refere Martins (2001, citado por Silva, Oliveira e Ramos, 2009, p.126) é na manipulação dos catéteres que o enfermeiro tem um papel sem dúvida preponderante, exigindo-lhe cuidados de qualidade levados a cabo de forma criteriosa.

Recorremos a uma entrevista exploratória com a Sr.^a Enf.^a Chefe e Enf.^a Orientadora, na qual foi exposto o problema detetado após elaboração do diagnóstico de situação, tendo sido obtida concordância das mesmas acerca da sua pertinência. No serviço mencionado o número de pessoas com CVC é elevado pelo que pensamos ser de extrema importância abordar o presente tema. No ano de 2013 foram colocados 4119 catéteres intravasculares e no 1º trimestre de 2014 um total de 1282 catéteres. A não uniformização dos cuidados aquando da manutenção/manuseio do CVC é um aspeto relevante e que se encontra presente.

De acordo com a Sr. Enf.^a Chefe e Enf.^a Orientadora, o tema é pertinente, uma vez que apresenta extrema relevância para a realização de boas práticas, fundamentadas e atualizadas com base nas *bundles* e nas orientações para a manutenção e manipulação do CVC. A não realização de determinados procedimentos por alguns profissionais de saúde, como por exemplo, a não utilização de solução alcoólica aquando do seu manuseio (nomeadamente na substituição de perfusões e/ou substituição de alimentações parentéricas) demonstra a necessidade de atualização de conhecimentos.

Salientamos a existência de um procedimento sobre práticas de inserção e manutenção de dispositivos intravasculares, revisto em 2011 e disponível no site do hospital. O procedimento em causa, designado de “Prevenção de Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto” contempla as recomendações gerais e recomendações adicionais para os diferentes dispositivos intravasculares, nomeadamente o catéter venoso periférico, CVC, catéter de Hemodiálise, catéter da artéria pulmonar e linha arterial.

Após a integração do presente hospital no CHLC o procedimento ficou disponível para consulta na intranet, atualizando a norma de procedimento já existente no serviço. No entanto, não ocorreu qualquer formação e a informação acerca do atual procedimento não foi transmitida. A existência de uma equipa alargada poderá ter influenciado o processo de divulgação sobre a disponibilidade do referido procedimento.

Para sustentar o PIS foi elaborada e aplicada uma grelha de observação realizada de acordo com o procedimento e as *bundles*. A elaboração da grelha de observação teve por base uma grelha já existente numa anterior norma da instituição e foi complementada com as orientações e recomendações do procedimento vigente e com as orientações das *bundles* para os referidos procedimentos (APÊNDICE A).

Para conhecer os fatores que possam apoiar e/ou dificultar a pertinência do referido projeto elaborámos uma análise SWOT (APÊNDICE B).

Como enunciam Santos, Sobreiro e Calça (2007, p.6) a SWOT “consiste num exercício de disposição por quadrante das debilidades, das ameaças (factores negativos), das forças e das oportunidades (factores positivos). Tal é percebido com base numa determinada circunstância e por parte de um grupo concreto”, permitindo realizar uma confrontação entre pontos fortes e fracos. Os mesmos autores reforçam que “dentro dos factores positivos estão incluídas as forças que são elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, enquanto

as oportunidades são provenientes do exterior, ou seja, são de carácter ou origem exógena” (p.7).

Quanto aos fatores negativos, Santos *et al.* (2007, p.9) refere que “as debilidades (pontos fracos ou desvantagens) são os factores ou circunstâncias internas de que enferma um sistema”, por sua vez “as ameaças (ou constrangimentos exógenos) são os factores ou circunstâncias provenientes do exterior. Têm como principal característica a eventualidade de prejudicar o sistema”.

Identificamos como problemas parcelares: a falta de divulgação do procedimento; a falta de conhecimento do procedimento por parte de alguns profissionais; a não atualização de conhecimentos por parte de alguns profissionais e a não consciencialização da importância de boas práticas na manutenção do CVC.

Quanto à determinação de prioridades destacamos: o aprofundar de conhecimentos sobre a área para desenvolver *a posteriori*; realização da sessão de formação à equipa; execução de auditoria com a grelha de observação; análise dos resultados obtidos a partir da referida grelha; e divulgação dos resultados à Sr.^a Enf.^a Chefe e equipa de enfermagem.

2.2.3 – Objetivos do PIS

Entende-se por objetivo geral aquele que prenuncia o que o formando se propõe a realizar durante o seu percurso. Para Mão de Ferro (1999, citado por Ruivo *et al.* 2010, p.18) os objetivos gerais são “enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados” e “devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas”.

Quanto aos objetivos específicos Mão de Ferro (1999, citado por Ruivo *et al.* 2010, p.18) diz-nos que estes “são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo”.

Sendo assim, o objetivo geral delineado para o presente projeto consiste em melhorar a qualidade de Cuidados à Pessoa com CVC numa UCI. Quanto aos objetivos específicos apresentamos os seguintes: - “Divulgar junto da equipa de enfermagem as “*bundles*” relativas ao CVC”; - “Formar os profissionais sobre os cuidados de enfermagem na manipulação/manutenção do CVC” e “Implementar o projeto”.

2.3 – PLANEAMENTO DO PIS

O planeamento é a terceira fase do projeto e caracteriza-se pela estipulação das atividades/estratégias a serem realizadas, o levantamento dos recursos materiais e humanos necessários e a identificação dos constrangimentos inerentes ao projeto.

Para que os objetivos possam ser atingidos, há que desenvolver estratégias. Estas centram-se essencialmente na utilização dos recursos disponíveis, no método selecionado para a execução do projecto na articulação entre os diversos membros que integram o projecto (Fortin, 1999).

O mapa do planeamento do presente projeto encontra-se em apêndice (APÊNDICE C), a fim de tornar visível a realização do planeamento do PIS.

Por constrangimentos profissionais e institucionais foi necessário reajustar o cronograma inicialmente proposto (APÊNDICE I).

A data proposta para a realização da sessão de formação foi indeferida pela Sr.^a Enf.^a Chefe, tendo sido necessário reformular novamente o planeamento (APÊNDICE J).

2.4 – EXECUÇÃO DO PIS

A fase de execução de metodologia de projeto contempla a materialização do projeto que foi planeado, de acordo com Castro *et al.* (1993, citado por Ruivo *et al.* 2010, p.23) e consiste “na procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema seleccionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos”.

Deste modo, a execução do PIS implicou a aplicação da grelha de observação em períodos diferentes. A 1ª fase de observações decorreu entre 30 de Junho e 9 de Julho 2014 (APÊNDICE D).

Após a 1ª fase de observações foi elaborado o plano de sessão (APÊNDICE E), a sessão de formação (APÊNDICE F), construída a grelha de avaliação global da sessão de formação (APÊNDICE G) e o cartaz de divulgação da sessão de formação (APÊNDICE H).

Foi realizada a sessão de formação informal, durante o estágio III, e posteriormente foi concretizada a 2ª fase de observações que decorreu de 19 a 23 de Janeiro de 2015 (APÊNDICE L).

2.5 - AVALIAÇÃO DO PIS

Segundo Carvalho *et al.* (2001, citado por Ruivo *et al.* 2010, p.24) a avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados).

A avaliação de um projeto como refere Ruivo *et al.* (2010, p.26) “implica a verificação da consecução dos objectivos definidos inicialmente. Para fazer essa avaliação pode ser importante ter um método de verificação da consecução dos objectivos. Assim, podemos ter uma lista dos objectivos iniciais e verificar se cada um foi atingido”.

2.5.1 – Apresentação dos Resultados da 1ª Fase de Observações

Apresentamos na tabela 1 os resultados referentes à 1ª fase de observação, que decorreu entre 30 de Junho e 9 de Julho de 2014. Foram realizadas 68 observações, em que: 4 incidiram sobre a administração de infusões de sangue e derivados; 1 sobre a desobstrução do CVC; 1 sobre desconexão do CVC; 37 sobre substituição/administração de terapêutica e 25 sobre realização de pensos.

| | Taxa de Adesão | Taxa de Não Adesão |
|--|----------------|--------------------|
| Higienização das mãos antes dos procedimentos | 10% | 90% |
| Higienização das mãos após os procedimentos | 29% | 71% |
| Uso correto de EPI's | 59% | 41% |
| Manipulação mínima de conexões | 74% | 26% |
| Aplicação de solução alcoólica ou álcool a 70% nas conexões | 4% | 96% |
| Manter as tampas nas torneiras de 3 vias sempre que o acesso não esteja a ser utilizado | 66% | 34% |
| Substituição de sistemas, torneiras, prolongamentos e conectores efectuada a cada 72 horas | 60% | 40% |
| Substituição de tampas com a mesma periodicidade do sistemas | 20% | 80% |

| | | |
|---|------|------|
| O penso do local de inserção é mudado sempre que o dispositivo é retirado ou substituído | 100% | --- |
| Substituição do penso de local de inserção sempre que necessário | 32% | 68% |
| Substituição dos pensos, a cada 2 dias (gaze) ou pelo menos a cada 7 dias (transparentes) | 12% | 88% |
| A limpeza do local de inserção é realizada com soro fisiológico | 8% | 92% |
| A desinfecção do local de inserção é realizada com solução alcoólica de clorhexidina | --- | 100% |
| Substituição de prolongamentos das perfusões de propofol em cada 6 a 12 horas | 62% | 38% |
| Os fluídos de nutrição parentérica perfundem em 24 horas | --- | --- |
| A nutrição parentérica perfunde em via única | --- | --- |
| As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas | --- | 100% |
| Verificar a compatibilidade das perfusões | 100% | --- |
| Realização de registos (local de inserção, se presença de sinais inflamatórios e/ou exsudado,...) | 100% | --- |

Tabela 1 - Resultados da 1ª Fase de Observações

2.5.2 – Apresentação dos Resultados da 2ª fase de Observações

A 2ª fase de observações decorreu entre 19 de Janeiro a 23 de Janeiro de 2015, estando os resultados representados na tabela 2. Foram realizadas 52 observações, em que: 6 observações incidiram sobre a administração de infusões de sangue e derivados; 1 observação referente à desobstrução do CVC; 1 observação referente à desconexão do CVC; 16 observações sobre substituição/administração de terapêutica e 25 observações sobre realização de pensos.

| | Taxa de Adesão | Taxa De Não Adesão |
|---|----------------|--------------------|
| Higienização das mãos antes dos procedimentos | 7% | 93% |
| Higienização das mãos após os procedimentos | 38% | 62% |

| | | |
|---|------|-----|
| Uso correto de EPI's | 55% | 45% |
| Manipulação mínima de conexões | 100% | --- |
| Aplicação de solução alcoólica ou álcool a 70% nas conexões | 19% | 81% |
| Manter as tampas nas torneiras de 3 vias sempre que o acesso não esteja a ser utilizado | 100% | --- |
| Substituição de sistemas, torneiras, prolongamentos e conectores efectuada a cada 72 horas | 100% | --- |
| Substituição de tampas com a mesma periodicidade do sistemas | 100% | --- |
| O penso do local de inserção é mudado sempre que o dispositivo é retirado ou substituído | 100% | --- |
| Substituição do penso de local de inserção sempre que necessário | 64% | 36% |
| Substituição dos pensos, a cada 2 dias (gaze) ou pelo menos a cada 7 dias (transparentes) | 59% | 41% |
| A limpeza do local de inserção é realizada com soro fisiológico | 47% | 53% |
| A desinfecção do local de inserção é realizada com solução alcoólica de clorhexidina | 20% | 80% |
| Substituição de prolongamentos das perfusões de propofol em cada 6 a 12 horas | --- | --- |
| Os fluídos de nutrição parentérica perfundem em 24 horas | 100% | --- |
| A nutrição parentérica perfunde em via única | 100% | --- |
| As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas | 83% | 17% |
| Verificar a compatibilidade das perfusões | 100% | --- |
| Realização de registos (local de inserção, se presença de sinais inflamatórios e/ou exsudado,...) | 100% | --- |

Tabela 2 - Resultados da 2ª Fase de Observações

2.5.3 – Análise dos Resultados Obtidos nas Fases de Observação

No que respeita à higienização das mãos antes dos procedimentos, a avaliação dos resultados obtidos nas fases de observação demonstra uma diminuição na taxa de adesão deste comportamento por parte dos profissionais. Analisando os resultados obtidos e as conversas informais junto dos enfermeiros da equipa o mesmo pode estar relacionado com a presença de luvas na prestação de cuidados.

Quanto à higienização das mãos após os procedimentos observámos aumento de aproximadamente 10%. Concluindo-se que os profissionais de saúde valorizam a higienização das mãos após a prestação de cuidados.

Por sua vez, a utilização de EPIs durante os procedimentos efetuados à pessoa com CVC apresentou valores similares em ambas as observações, este é um comportamento valorizado pela maioria dos elementos da equipa. Verificou-se a utilização de máscara e luvas esterilizadas na realização do penso do catéter. Todavia durante a substituição e administração de terapêutica não se observou o recurso aos EPI's, nomeadamente luvas.

Quanto à manipulação das conexões constatamos que na 1ª fase de observações a taxa de adesão foi de 74%, comparativamente com a 2ª fase observou-se uma taxa de adesão de 100%. O facto de na 2ª fase termos deparado com uma taxa de adesão de 100% pode estar relacionado com o conhecimento por parte da equipa do objetivo das observações.

A aplicação de solução alcoólica (ou álcool isopropílico a 70%) durante o manuseio das conexões no CVC, no que respeita à 1ª fase de observações, apresentou uma taxa de adesão de 4%, por desconhecimento da maioria dos enfermeiros deste procedimento, uma vez que ainda não tinha sido efectuada divulgação de informação e realização da sessão de formação.

Após a realização da sessão de formação e divulgação de informação sobre a aplicação de solução alcoólica aquando do manuseio do CVC, houve um aumento nos resultados das observações que demonstrou alteração de comportamentos (aumento da taxa de adesão em 15%). Perante a confrontação por parte dos enfermeiros sobre a eficácia e aplicabilidade desta solução, foi transmitida informação sobre as recomendações da norma institucional, bem como, estudos que suportam esta prática. Durante o período de observações e estágio, foi-nos possível, também em conversas informais com os enfermeiros do serviço, depreender que a maioria destes desconhecia esta prática, embora um número reduzido, mesmo que não tivessem esta atitude na prestação de cuidados possuíam conhecimentos sobre a sua aplicabilidade.

Quanto ao facto das torneiras de três vias se apresentarem com tampas sempre que o acesso não esteja a ser utilizado: nesta 2ª fase de observações verificou-se uma taxa de adesão de 100%, contrariamente ao que se verificou na 1ª fase.

A substituição dos sistemas, torneiras e conectores apenas se observou após a receção de pessoas vindas do BO, uma vez que esta substituição é realizada durante o turno da noite e as observações decorreram durante o turno da manhã, o que condiciona os resultados obtidos.

A substituição de tampas com a mesma periodicidade dos sistemas apresentou uma taxa de adesão de 100%. Este resultado está de acordo com o item anteriormente referido.

A remoção ou substituição do CVC implica a realização de penso, pelo que, este item apresenta uma taxa de adesão de 100% em ambas as fases.

A substituição do penso do local de inserção do CVC, sempre que necessário, revelou um aumento na taxa de adesão da 1ª fase para 2ª fase. Este aspeto demonstra alteração de comportamento relativamente a esta prática. Após a sessão de formação informal os enfermeiros passaram a apresentar maior atenção na observação do penso e ponderação na sua realização. A 1ª fase de observações revelou que o penso era realizado mesmo quando não existisse indicação para tal. Enquanto na 2ª fase de observações, verificou-se que caso o penso estivesse integro (sem encontrar-se descolado ou repassado) este já não era realizado. Quando interpelados argumentavam o aspeto da durabilidade do penso, caso fosse de gaze ou transparente. Para além destes aspetos, foi demonstrada a possibilidade dos pensos transparentes permitirem a observação do local de inserção do catéter e a colocação da data de realização do penso, sendo esta prática adotada por alguns dos elementos da equipa.

A substituição de pensos realça uma taxa de não adesão de 41%, contudo, a taxa de adesão de 59% revelou uma alteração de comportamento sobre a mudança dos pensos, sobretudo dos transparentes.

Quanto à limpeza do local de inserção com soro fisiológico (SF), verificou-se um aumento na taxa de adesão de 39%. A aplicação do SF, para limpeza do local de inserção era desconhecido para a maioria dos enfermeiros do serviço. Com a realização da sessão de formação houve a consciencialização do uso deste, o que possibilitou um aumento na taxa de adesão de 8% para 47%.

A desinfeção do local de inserção do CVC não é realizada com solução alcoólica de clorohexidina, mas sim, com solução alcoólica 70%, uma vez que é esta a substância que o serviço possui. Embora a Sr.ª Enf.ª Chefe tivesse solicitado anteriormente à farmácia do Hospital de Lisboa Central, a solução de clorohexidina só foi disponibilizada e rececionada no serviço aquando da 2ª fase de observações (dia 21 de Janeiro de 2015). No que respeita à aplicação da solução de clorohexidina apenas foi possível verificar uma taxa de adesão de 20%. A taxa de não adesão de 80% realça a aplicação da outra substância referida na norma institucional, o Cutasept®.

Referente à substituição de prolongamentos das perfusões de propofol apenas podemos referir uma taxa de adesão de 62% das observações realizadas no decorrer da 1ª fase

de observações. Durante a 2ª fase de observações não foi possível apresentar resultados, uma vez que neste período nenhuma das pessoas internadas na UCI tinham prescrito perfusão de propofol.

Relativamente aos fluídos de nutrição parentérica e à perfusão de nutrição parentérica em via única, verificámos, na 2ª fase, uma taxa de adesão de 100% no que respeita à perfusão das mesmas, ou seja, perfundem em 24 horas. Os sistemas encontram-se datados e com hora da colocação do sistema e nutrição parentérica. Quanto à 1ª fase não foi possível a recolha de dados acerca deste item pela razão mencionada no item anterior.

Quanto à perfusão de infusões de sangue e derivados em 4 horas a taxa de adesão (1ª fase) foi de 100%, contudo a 2ª fase demonstrou uma adesão de 83%. Esta taxa de não adesão de 17% corresponde às situações clínicas perante as quais a pessoa em situação crítica se encontrava.

A Compatibilidade das perfusões apresentou em ambas as fases de observações uma taxa de adesão de 100%. Todos os profissionais demonstram conhecimento sobre a importância da compatibilidade entre fármacos e a sua implicação direta sobre o CVC, ou seja, reacções entre fármacos que possam causar obstrução do cateter e consequentemente inviabilizá-lo.

A realização dos registos de enfermagem mantém uma taxa de adesão de 100% em ambas as fases. Deste modo realçamos a importância que os enfermeiros atribuem e reconhecem perante os registos de enfermagem. Assim como a manutenção ou atualização do plano de cuidados para a segurança e melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

2.5.4 – Avaliação Global do PIS

Para a concretização do objetivo específico, designadamente: “Divulgar junto da equipa de enfermagem as *Bundles* relativas ao CVC” e do: “Formar os profissionais sobre os cuidados de enfermagem na manipulação/ manutenção do CVC”, foi necessário a elaboração e realização da sessão da formação informal, a construção e entrega de um cartão elucidativo das *bundles* de Inserção e Manutenção do CVC, bem como transmissão de informação junto dos pares.

A sessão de formação foi apresentada à Sr.ª Enf.ª Orientadora e, após concordância da mesma, foi apresentada à Sr.ª Prof.ª Orientadora. Após a obtenção de resposta afirmativa

por parte da última, a mesma foi exposta à Sr.^a Enf.^a Chefe numa reunião que decorreu a 28 de Novembro de 2014. Nesta foram simultaneamente apresentados os resultados obtidos na 1^a fase de observações e solicitada autorização para a realização da sessão de formação na 1^a e 2^a semanas de Dezembro de 2014. Fomos elucidados que esse seria um período de férias para alguns dos elementos da equipa e que, por essa razão, a taxa de presenças na formação não seria a pretendida, sendo mais benéfico se esta fosse realizada de modo informal, nas passagens de turno - em vez de ser em sala, como estava programado no início do projeto. É de realçar que a alteração da sessão de formação de formal para informal inviabilizou a aplicação da ficha de avaliação da mesma. Como refere Ramos (2008, citado por Ruivo et al. 2010) caso ocorram alterações ao planeado, estas devem ser estudadas e deverão ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objetivos do projeto não se encontrem comprometidos. Em alternativa foi consentida a realização da sessão de formação no mês de Janeiro de 2015.

Em parceria com o grupo de formação, a apresentação da sessão de formação informal ocorreu a 7 de Janeiro de 2015, nas salas de trabalho de nível I e de nível III. As sessões de formação tiveram uma duração aproximadamente de 10 minutos para exposição e cerca de 5 minutos para discussão. No sentido de colmatar as alterações sugeridas e certificarmo-nos que existia informação que ficaria na posse dos enfermeiros para consulta foi construído um cartão elucidativo sobre as *bundles* de inserção e manutenção do CVC, cedido no final das sessões. Como enaltecem Castro e Barbosa (1993, citados por Ruivo et al. 2010) as técnicas para o desenvolvimento do projeto incluem a observação direta, entrevistas, questionários, recolha e consulta de documentos, registos escritos, fotografias e dispositivos, gravações áudio ou vídeo e recolha de objetos e amostras.

Nos turnos seguintes, após as passagens de turno, e com o objetivo de transmitir informação ao maior número de colegas possível, repetimos a sessão de formação informal para os colegas que não tinham estado presentes nas sessões realizadas a 07.01.2015.

A data planeada para a aplicação da 2^a fase da grelha de observação necessitou ser alterada. Pretendíamos que tivesse ocorrido durante todo o mês de Janeiro/2015, mas, dada a existência de constrangimentos, este período foi restringido a uma semana (de 19 a 23 de Janeiro/2015). As observações foram então efetuadas e os colegas foram abordados sempre que surgiu algum aspeto a melhorar relativamente ao procedimento realizado e ao que era o pretendido.

Durante as sessões informais foi lançado o desafio que passava pela presença de uma embalagem de álcool isopropílico na unidade. Foram elucidados os elementos da equipa que a presença de uma embalagem em cada unidade implicaria a sua permanência nesta e quando ocorresse alta da pessoa a embalagem seria desinfetada como os outros materiais aí presentes. Foi ainda dada informação que a utilização da embalagem não implicaria qualquer risco de contaminação do produto interno, uma vez que é um sistema que funciona por pressão positiva e não existe entrada de partículas para o interior da embalagem. Para além deste aspeto, elucidamos os colegas que após a abertura do produto este deveria ser rotulado com a data de abertura e colocada a data de validade de acordo com as indicações da Comissão de Controlo de Infecção (CCI).

Durante a 2ª fase de observações foi disponibilizada a solução de Clorohexidina a 2% para o serviço. Foram então informados os elementos da equipa presentes que a mesma já se encontrava disponível e que, para além da desinfecção do local de inserção do CVC, a mesma se encontra indicada para a desinfecção das conexões e obturadores do CVC (informação esta também transmitida nos dias seguintes em que decorreram as observações).

Durante o estágio III, previamente à realização das sessões de formação, focámo-nos em ter uma prática concordante com o procedimento relativo aos cuidados a ter com a pessoa com CVC que queríamos implementar. A finalidade seria que, através da observação e reflexão, os pares tivessem em nós um exemplo de mudança de comportamentos.

A 2ª fase de observações realizou-se após as sessões de formação informal e foi possível observar mudanças de comportamento. É de salientar que as observações decorreram sobretudo nos turnos da manhã em que 5 dos 9 elementos da equipa tinham horário fixo e que isso pode ter enviesado os resultados.

Com base nos resultados supramencionados podemos concluir que o fato da sessão de formação informal ter decorrido durante um período de 2 semanas foi benéfico para a transmissão de informação junto dos profissionais, bem como a formação informal após as observações (2ª fase).

Embora inicialmente se pretendesse que a 2ª fase de observações durasse todo o mês de Janeiro de 2015 e não apenas uma semana como sucedeu, obtivemos resultados positivos. A mudança de comportamentos ficou comprometida visto as observações estarem circunscritas a um curto período de tempo e considerando que apenas puderam ser realizadas nos turnos da manhã, incidindo maioritariamente sobre uma equipa fixa (5 em 9 elementos observados foram os mesmos em todas as observações).

Os resultados obtidos na 1ª fase de aplicação da grelha de observação traduziram os itens sobre os quais era necessário transmitir e/ou reforçar informação suportada pelas *bundles* referentes à fase da manutenção do CVC. Enquanto os resultados obtidos na 2ª fase de aplicação da grelha de observação permitiram-nos – através da observação de comportamento de mudança quer na realização de pensos, quer na fase de manutenção – determinar se a informação foi transmitida de forma concisa e clara (APÊNDICE L).

Os resultados foram analisados e discutidos com Sr.ª Enf.ª orientadora e com a Sr.ª Prof.ª Orientadora e, com a concordância de ambas, não foram expostos no serviço, mas sim apresentados apenas em relatório de trabalho de projeto.

Relativamente ao indicador de avaliação da sessão de formação consideramos que o número total de enfermeiros no serviço e o número de enfermeiros aos quais foi possível realizar a sessão de formação informal permitiu uma taxa de adesão à participação na formação de 60% (correspondente à transmissão da informação entre pares). A taxa de adesão expectável era de 70%, pelo que o objetivo não foi totalmente atingido. Este resultado foi afectado pela ausência permanente – por baixa de doença ou gravidez – de 5 elementos da equipa.

Quanto ao objetivo específico “Implementar o projeto” foi conseguido apesar dos constrangimentos. Os resultados obtidos demonstraram um aumento nas taxas de adesão relativas à aplicação da solução alcoólica a 70% aquando do manuseio das conexões e obturadores e à de substituição dos pensos. Salientamos especial satisfação pela existência da solução de clorhexidina para a desinfeção do local de inserção do CVC (até à data da 2ª fase de observação esta não se encontrava disponível no serviço).

Com a concretização dos objetivos específicos consideramos que o objetivo geral também foi atingido.

3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

O desenvolvimento do PAC implica o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, designadamente das competências específicas.

3.1 – COMPETÊNCIA K2 – DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA, DA CONCEÇÃO À ACÇÃO

A situação de catástrofe pode ser entendida como um conceito complexo, embora seja específico e concreto no que respeita ao acontecimento que o origina.

A catástrofe é definida, pela Lei n.º 27/2006, art.º n.º 3, de 3 de Julho de 2006 (p.4696), “como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Esta acarreta consequências ao nível da saúde pública, nomeadamente ao nível da rede eléctrica e da rede sanitária, não selecciona onde e como ocorre e não fica confinada à área hospitalar. Em muitas situações a catástrofe e/ou acidente grave ocorre em meio externo ao hospital e a mobilização enquanto cidadãos e enquanto enfermeiros pode ser realizada.

As situações de catástrofes podem ser identificadas como sismos, terramotos, incêndios, deslizamentos de terra e acidentes ferroviários, sendo em todas possível a origem de vítimas. O número de vítimas que decorre de cada uma destas situações irá classificá-las como acidente catastrófico de efeito limitado; acidente catastrófico de efeito major; catástrofe ou mega-catástrofe.

As fases da catástrofe são classificadas como: a fase da preparação – essencialmente com a prevenção; a fase da resposta – nomeadamente o planeamento, a fase da recuperação e a triagem. A triagem corresponde ao “fazer o máximo pelo maior número de vítimas”.

A existência de um plano de intervenção é essencial, quer ao nível nacional e distrital, quer ao nível das instituições privadas ou não-privadas. A área da saúde é uma das áreas de excelência na intervenção em situações de catástrofe, devendo o hospital (como

instituição) articular com as restantes instituições que se inserem no Plano de Emergência e Catástrofe Nacional. Por sua vez, também o hospital deve estar capacitado para dar resposta a nível interno, ou seja, o hospital deve ter um plano em situação de emergência e/ou catástrofe que englobe os serviços que o compõem. O plano de emergência e catástrofe hospitalar deve ser do conhecimento de todos os funcionários que aí exerçam funções. Estes são elaborados para que em caso de ocorrência de acidentes graves e ou catástrofes, haja uma resposta no sentido de minorar as consequências que possam advir.

O papel do enfermeiro, em situações de catástrofe depende da fase em que nos encontramos. Isto é, a fase de preparação pode e deverá ser feita em conjunto com outras instituições para que se possa transmitir informação a um maior número de indivíduos no sentido de capacitá-los para agirem em situação de catástrofe e/ou emergência (como por exemplo: a realização de curso de Suporte Básico de Vida (SBV)). Esta é uma fase que remete os enfermeiros para os ensinamentos na comunidade.

Na fase de resposta já existe uma atuação mais direta da enfermagem. Quer seja através da organização da própria equipa ou até mesmo na fase da triagem. Em que esta já implica a seleção das vítimas mediante a avaliação do estado de consciência, dos sinais vitais, entre outros,

Quanto à fase de recuperação, estão englobadas as questões de saúde ambiental, como a prevenção de doenças e o controlo de fatores de risco.

Relativamente à disciplina de enfermagem a área da catástrofe encontra-se nomeada nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, descrita no regulamento n.º 124/2011, de 18 de Fevereiro de 2011, como a competência K2.

3.1.1 – PAC da Catástrofe

Com o objetivo de adquirirmos a competência K2, desenvolvemos um trabalho acerca das situações de catástrofe que podem levar à necessidade de intervenção de enfermagem no sentido da segurança e proteção daqueles que cuidamos.

Com a finalidade de obter e desenvolver a competência já citada, falámos com a Sr.^a Enf.^a Chefe que nos referiu que a inclusão da instituição num Centro Hospitalar iria originar a supressão do plano existente. Após esta informação, foi comunicado à Sr.^a Enf.^a Chefe a

intenção de colaborarmos conjuntamente com os elementos da Gestão de Risco para a implementação do plano a ser integrado no serviço.

Foi necessário inteirarmo-nos do plano de emergência e catástrofe existente, que abrange o hospital da região Central de Lisboa, no qual decorreu o presente estágio. Com a inclusão da referida instituição no CHLC surgiu a necessidade de uniformização deste plano pelas instituições que integram este Centro. Após a sua aprovação é necessário que o mesmo seja divulgado aos elementos da equipa.

A divulgação através de um cartaz informativo aos elementos da equipa iria incidir sobre: o papel do Enfermeiro Especialista numa situação de catástrofe (para onde se dirigir, quem orienta a equipa que estiver a trabalhar, qual a sequência das pessoas em situação crítica a serem evacuadas). Pretendíamos também participar conjuntamente com os elementos da Gestão de Risco na implementação do “novo” plano.

A identificação do papel do enfermeiro numa situação de catástrofe é fundamental. O papel dos diferentes elementos da equipa deve ser claro e preciso: saber quem comunica o sucedido e a quem, quem coordena a equipa, quem decide quais as pessoas a serem evacuadas primeiramente, entre outros. É neste contexto que o papel do enfermeiro especialista é relevante numa situação em que seja necessária a evacuação do serviço, através do domínio do conhecimento do PEI e da capacidade de gerir os elementos da equipa e as pessoas em situação crítica (consoante o seu grau de dependência) em coordenação com os restantes membros do hospital.

As competências comuns e sobretudo as específicas do enfermeiro especialista conferem-lhe a aptidão para uma visão completa e integrada sobre a equipa na qual desempenha funções e sobre as pessoas a quem presta cuidados e permitem que realize uma avaliação integrada sobre quais devem ser evacuadas primeiramente numa situação de catástrofe.

3.1.2 – Planeamento do PAC da Catástrofe

O planeamento do PAC para a competência K2 iria ser desenvolvido no decorrer do estágio III. A não realização das reuniões previstas pelo grupo da Gestão de Risco inviabilizou a nossa participação, com a qual pretendíamos validar o papel/atuação do

enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica numa situação de Emergência e catástrofe.

Pela impossibilidade acima referida, tivemos a necessidade de alterar estratégias com a finalidade de colmatar esta lacuna e alcançar estas competências, tão pouco presentes e refletidas na nossa *práxis*.

3.1.3 – Análise das Aprendizagens na Aquisição da Competência K2

Realizámos então pesquisa bibliográfica e participámos em congressos, nomeadamente no Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado pelo IPS, e no congresso realizado pelo Centro Hospitalar de Setúbal. A participação nestes contribuiu para uma melhor compreensão da temática e do porquê de estarmos despertos para esta enquanto profissionais de saúde.

O **congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, realizado no IPS a 3 e 4 de Julho de 2014, abordou situações que ocorreram externamente ao hospital, mas, pelas circunstâncias geradas, houve intervenção junto da entidade hospitalar. Ressalvamos a atuação do enfermeiro em meio hospitalar, em que os elementos para além de serem conhecedores do PEI, estão organizados enquanto equipa, existindo tarefas a serem realizadas pelos diferentes elementos, prontos a dar resposta e a prestar cuidados a pessoas que tenham sido atingidas por uma situação de catástrofe.

Por sua vez, a participação no congresso inserido nas **2ª Jornadas de Enfermagem** do Centro Hospitalar de Setúbal, sob o tema: “Um olhar reflexivo sobre o (in)visível – Intervenção partilhada de enfermagem”, a 27 e 28 de Novembro de 2014, com a existência de uma mesa sobre a importância da atuação do enfermeiro especialista em situação de catástrofe permitiu-nos, uma vez mais, a apreensão do comportamento/procedimento deste a nível hospitalar. Ao ser um elemento que conhece estruturalmente o seu serviço, é lhe possível identificar com maior eficácia o percurso mais rápido e fácil para a evacuação de clientes e pessoal numa situação de catástrofe. Por outro lado, deve também ser capaz de transmitir essa informação aos restantes elementos da equipa. Assistimos à mesa sobre a intervenção em situações de catástrofe, bem como, uma comunicação livre sobre a mesma temática, onde foi apresentado um Plano de Emergência de um hospital de parceria público privada, nomeadamente sobre a evacuação em locais de risco D – os internamentos que

permitiu recolher informações de modo a sustentaram e elucidaram-nos um pouco mais acerca deste assunto.

A consciencialização da problemática surgiu através dos planos de formação, mas também a realização de simulacros, de modo individualizado (nos serviços) ou até mesmo mais abrangente (englobando a própria instituição).

Os Planos de Emergência Interna (PEI) devem ser expostos às chefias das instituições, para que estas sejam detentoras de conhecimentos para os transmitir às equipas que coordenam. Estes planos devem possuir atributos responsáveis e devem estabelecer uma estrutura hierárquica em situação de emergência. Devem encontrar-se expostos em áreas específicas do serviço para que todos os profissionais possam ter contacto direto com os mesmos.

A importância do enfermeiro no PEI reflete-se sobretudo no papel que desempenha junto da equipa na qual se insere. Incide sobre a sua capacidade de tomada de decisão, o conhecimento que possui do seu local de trabalho (por exemplo, sobre áreas do hospital e material físico que permitam/facilitem a deslocação), conhecimento de qual ou quais os locais de “ponto de encontro” numa situação em que seja necessário evacuação. A existência de uma comunicação eficaz é facilitadora de um bom desempenho nestas situações.

Foi possível participarmos num **simulacro realizado em parceria entre o IPS e os Bombeiros Sapadores de Setúbal**.

A existência de simulacros de diversas situações (incêndios, inundações, sismos, etc.) permite que cada elemento da equipa atue de acordo com as suas funções, isto é, saiba o que fazer, quando fazer e o que fazer. Torna-se necessário identificar com que situação nos deparamos, quem alertar e contactar (ou seja ativar número de equipa de intervenção, contactar o segurança e ser este a realizar o contacto com a equipa de intervenção, manusear um extintor até à chegada da equipa de intervenção numa situação de incêndio...). Sabemos pela realidade dos nossos serviços e pela conjuntura atual que fomentar nos enfermeiros o espírito de actuação em situações de catástrofe através da participação em simulacros não é sustentável, embora seja fundamental.

A participação no simulacro contribuiu para uma maior consciencialização da problemática, assim como para interiorizar a importância do enfermeiro, enquanto detentor de grau de especialista. Possibilitou a realização de exercícios em conjunto com equipas experientes na área de busca e resgate em situação de catástrofe, permitindo-nos elaborar um plano sobre o tipo de resposta a dar perante as pessoas que vivenciaram determinadas

situações de emergência, nomeadamente a queda de uma pessoa num poço, um acidente de viação com multi-vítimas (colisão entre veículo de duas rodas e veículo automobilizado) e uma explosão num edifício com várias pessoas no seu interior.

Quanto às experiências proporcionadas, a realização e participação neste simulacro contribuiu para a aquisição das competências pretendidas. A reflexão sobre a temática, a transmissão de informação e o conhecimento adquirido junto dos pares, para além da “atuação” em situação, contribui para delinear um planeamento com resposta estruturada, numa possível situação real.

Após a ocorrência deste simulacro refletimos e questionámo-nos sobre o papel do enfermeiro (especialista) nestas situações: será apenas como um team-leader?, ou será aquele que solicita apoio da equipa de intervenção? ou participará também como elemento da equipa de intervenção? Segundo a nossa reflexão será um team-leader efectivamente, perante o qual os outros elementos da equipa deverão ser compreensivos numa situação real e respeitar as suas indicações, não as contestando e atuando em conformidade com elas.

3.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA E PALIATIVA

Pessoa em situação crónica e paliativa é aquela que apresenta uma doença crónica incapacitante e terminal ao longo do seu ciclo de vida, em que os destinatários dos cuidados são a pessoa e a sua família (e/ou cuidador), maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento. Com o aumento da esperança média de vida, a ocorrência de doenças crónicas evolutivas, tal como o número emergente de insuficiências (cardíacas, respiratórias) e as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica), faz com que os internamentos aumentem, sendo necessário a especialização de cuidados. A DGS (2004, p.2) através do programa Nacional de Cuidados Paliativos, corrobora que “o envelhecimento da população, o aumento da incidência de cancro e a emergência de SIDA tornam os doentes que carecem de cuidados paliativos num problema de enorme impacto social e importante crescente em termos de saúde pública”.

A evolução de doenças crónicas predispõe à existência de Cuidados Paliativos (CP).

De acordo com o descrito no Dec. Lei n.º 101/2006, artigo 3º, de 6 de Junho (p.3857), os cuidados paliativos são definidos como “cuidados

activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida”.

Também a OMS (2002, citada pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos 2006) descreve os CP como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

Estes apresentam uma filosofia muito específica assente em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa.

A comunicação, para além de ser um processo de transmissão de informação, é um modo de estabelecer e estar em relação com o outro. Uma comunicação adequada e eficaz permite o trabalho em equipa e o apoio à família sustentado em aspetos específicos, bem como o controlo de sintomas.

As situações vivenciadas pela pessoa e família, sobretudo numa situação de fase terminal, predis põem ao sofrimento, de modo que este não está dissociado dos cuidados paliativos. O sofrimento é algo subjetivo e experienciado por cada pessoa de forma diferente, podendo ser global ou do domínio de determinada dimensão (psicológica, física, relacional e espiritual).

Segundo Barbosa (2006, p.400) o sofrimento deve ser considerado na sua “dimensão ontológica do ser humano enquanto consciência de si ao ser confrontado com a vulnerabilidade, perante a fragilidade face à finitude e/ou inquietude face à finalidade da vida” e na “dimensão prática, enquanto estado de desconforto intenso ou de acumular de sentimentos de desprazer, como vivência de um mal-estar intenso causado por uma ameaça actual, ou percebida como iminente, para a integridade ou continuidade da existência da pessoa, considerada como um todo biopsicossocial e espiritual”.

Os principais fatores de sofrimento para as pessoas em fase terminal são: a perda de autonomia e dependência de terceiros; sintomas mal controlados; alterações da imagem corporal; perda de sentido da vida; perda de dignidade; perda de papéis sociais e estatuto; perda de poder económico; alterações nas relações interpessoais – alteração de papéis; modificação de expectativas e planos futuros; e abandono. Para Lazure (1994, p.97) os fatores podem ser minimizados, sendo que a “ relação de ajuda visa dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar. Os objectivos da relação de ajuda provêm dos objectivos dos clientes que vivem esta relação”.

3.2.1 – PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Pessoa com Doença Crónica e Paliativa propusemos-mos à realização de um estágio de observação numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). Após a seleção da mesma foi redigida uma carta a solicitar autorização e, posteriormente, agendada uma reunião com a Sr.^a Enf.^a Chefe e Enf.^a Coordenadora da Unidade, em que foram expostos os objetivos geral e específico, bem como os motivos da escolha da referida unidade. A autorização foi concedida pelo Diretor de Enfermagem da instituição e o estágio decorreu no período de 15 a 21 de Dezembro de 2014.

A realização do estágio de observação possibilitou o contacto direto com uma UCP em que a filosofia de prestação de cuidados é distinta.

A presente unidade tem cerca de 3 anos de existência e está inserida numa instituição privada, sendo de nível II. É composta por 8 quartos individuais, uma sala de trabalho, uma sala de actividades, uma copa, uma sala de arrumos e uma sala de sujos.

A articulação com outras instituições, como o centro de saúde e a equipas de cuidados continuados, acaba por trazer alguns constrangimentos em termos de actuação dos profissionais de saúde da própria unidade, pelo facto de se encontrar inserida numa instituição privada.

Através da exposição de casos de pessoas já internadas na unidade, foi possível identificar o funcionamento da mesma, qual a realidade relativamente aos cuidados prestados e o tipo de trabalho desenvolvido pela equipa.

A admissão de pessoas externas à instituição é preponderante quando comparada ao número de pessoas admitidas através da própria instituição onde se insere a unidade. Assim, a maioria dos casos são pessoas que contataram a unidade através dos meios de divulgação existentes, nomeadamente através do site oficial ou através de outros clientes e amigos.

O processo clínico é realizado informaticamente. A colheita de dados implica a recolha dos mesmos através de um cuidador de referência, conhecer o grau de parentesco, os antecedentes pessoais e o diagnóstico que potencia o internamento. Após a recolha dos dados acima mencionados é realizada uma avaliação da pessoa: da respiração, da circulação/temperatura, nutrição/dieta, eliminação, tegumentos/volume de líquidos, actividade motora, sensação de repouso, família, exames, terapias, cuidados especiais.

Na admissão da pessoa é aplicada uma escala de avaliação: são várias as escalas disponíveis, dependendo a escolha da mesma da situação clínica dos clientes. As mais usuais na unidade são a Paliative Performance Scale (PPS), realizada no momento da admissão e alta e a escala de Edmonton utilizada em doentes conscientes. A escala de Barthel também está disponível, bem como a ALGOPLUS, DOLOPLUS.

Quanto ao recurso a intervenções não farmacológicas, estas não estão ainda verdadeiramente implementadas, existindo projetos que poderão vir a ser implementados com o desenvolvimento da unidade.

Atualmente existe um projeto a ser desenvolvido por um colega, com recurso a pequenos momentos musicais. A musicoterapia ainda não está implementada, uma vez que implicaria a presença de um terapeuta da área.

De acordo com a especificidade e individualidade de cada pessoa, são desenvolvidas intervenções não farmacológicas como a massagem, toque terapêutico e aromoterapia.

3.2.2 – Objetivos do PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

O objetivo geral definido para o estágio foi: Desenvolver Competências na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e como objetivo específico estabelecemos: Conhecer a dinâmica da UCP.

3.2.3 – Planeamento do PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Foi elaborado o planeamento (APÊNDICE M) e o cronograma (APÊNDICE N) para a realização do presente PAC.

3.2.4 – Avaliação do PAC – Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

A realização do estágio de observação, a realização de pesquisa bibliográfica, bem como os aportes teóricos e o trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico – Cirúrgica II, do Módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, contribuíram para aquisição dos objetivos geral e específico delineados.

4 – SÍNTESE DE APRENDIZAGENS

A síntese de aprendizagens tem como finalidade compreender a evolução do estudante ao longo do seu percurso curricular e clínico e de que modo estes contribuíram para a aquisição/desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto Enfermeiro Especialista.

4.1 – ANÁLISE DE APRENDIZAGENS NA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

4.1.1 – Análise de Aprendizagens: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

Quanto a este domínio das competências é de ressaltar que os princípios éticos e deontológicos sustentam a nossa prática. O enfermeiro deve ter presente na sua *práxis* a responsabilidade profissional, ética e legal.

Deste modo, a tomada de decisão e os cuidados prestados devem assentar na dignidade humana, liberdade, respeito pela autonomia e pela privacidade, assim como o princípio da não-maleficiência, da beneficência.

A nível legal é de referir que o conhecimento sobre o Código Deontológico é um aspeto que deve permanecer de forma consciente durante a prestação de cuidados. O Código Deontológico contempla diferentes áreas e especificamente engloba a conduta do profissional e os direitos das pessoas.

A responsabilidade profissional está relacionada com as situações que podem colocar a segurança da pessoa em risco. O enfermeiro apresenta uma conduta antecipatória através da recolha de informação e análise da mesma e a adoção de medidas preventivas no que respeita à segurança do cliente.

Ao desenvolvermos o PIS foi possível atingir determinadas competências comuns, nomeadamente a capacidade de promover e adotar medidas preventivas na segurança da pessoa (A.2.2.2), após o reconhecimento de uma necessidade e identificação de prática de

risco (A.2.2.1) e foram respeitados os princípios éticos, associados à condição humana (A1). O PIS apresenta como objetivo geral “melhorar os cuidados prestados ao cliente portador de CVC”, que se encontra diretamente relacionado com as questões do domínio B.

A informação referente à situação clínica da pessoa foi cedida de acordo com cada área clínica, respeitando a confidencialidade e a segurança da informação. A atuação dos profissionais nas situações de morte que ocorreram no percurso do estágio contribuiu para momentos mais reconfortantes nas famílias, uma vez que foi lhes foi permitido vivenciar aquele momento de acordo com os seus valores, costumes e crenças espirituais (A.2.1.6).

4.1.2 – Análise de Aprendizagens: Domínio da Melhoria da Qualidade (B)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012, p.7) a “qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional” (p.7) e contempla áreas específicas como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da melhoria da qualidade destacamos a participação no XXIV Congresso Nacional de Coloproctologia que originou a reflexão sobre a temática das preparações intestinais. A preparação intestinal funciona como um indicador de qualidade aquando da realização de uma colonoscopia. Para além da preparação intestinal ser fundamental para a realização deste exame, esta também é um indicador de segurança para o cliente que realiza o Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), uma vez que facilita a concretização deste minorando os riscos inerentes. Outro aspeto essencial relacionado com o tema é o esclarecimento de dúvidas acerca da preparação intestinal, isto é, sobre como deve ser constituído o produto para a limpeza intestinal, que tipo de alimentos devem ser ingeridos no período de dieta, qual a quantidade de preparado e líquido que deve ser ingerida, em que horário, entre outros (B1, B2).

Também a elaboração de um trabalho sobre a triagem de resíduos hospitalares, desenvolvido no 1º semestre no âmbito da Unidade Curricular de Gestão de Recursos, contribuiu para a aquisição das competências comuns. A partir do trabalho realizado em contexto académico, centrado num problema detetado em contexto profissional, foi constituído objetivo de serviço. O problema encontra-se relacionado com o processo de Gestão de Resíduos Hospitalares, sobretudo com a fase de Triagem. Esta constitui uma área de enfermagem problemática, quer pelos custos associados, quer pelo impacto ambiental. O

International Council of Nurses (ICN) (2004, p.1) “acredita que todos os enfermeiros têm o dever de reduzir/eliminar o impacto negativo dos resíduos hospitalares no ambiente”.

Segundo o Dec. Lei 73/2011 de 17 de Junho de 2011, resíduo hospitalar (RH) é aquele que é “resultante de actividades de prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou a animais, nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou investigação e ensino, bem como de outras actividades envolvendo procedimentos invasivos, tais como acupunctura, piercings e tatuagens” (p.3254).

O risco associado a uma triagem incorreta pode levar à exposição de profissionais à ocorrência de acidentes de trabalho pela presença de agentes biológicos ou até pela existência de RH corto-perfurantes colocados indevidamente no saco de grupo II ou III.

Segundo Tavares (2004, p.77) “os profissionais prestadores de cuidados de saúde são responsáveis pela separação dos resíduos no local de origem, sendo esta uma das fases mais importantes para a minimização e gestão efectiva dos resíduos hospitalares produzidos. Trata-se de efectuar uma correcta identificação e deposição selectiva, logo na origem, em contentores apropriados, de acordo com as suas características e classificação, estando condicionada à prévia capacitação dos profissionais de saúde”.

Na realização do referido projeto foram desenvolvidos instrumentos de gestão como a SWOT e *Failure Mode and Effect Analysis* - FMEA. Esta é uma ferramenta de gestão, que se caracteriza segundo Moura (2000, p.20) como um “documento dinâmico que deveria ser iniciado antes ou durante o estágio de viabilidade, antes do desenvolvimento das ferramentas para a produção, e leva em consideração todas as operações do processo”. O seu objetivo é evitar falhas do processo, tendo como base as não-conformidades do produto com as especificações do projecto. É um processo que se subdivide em três etapas, nomeadamente: planeamento, análise de falhas em potencial, avaliação dos riscos e melhoria.

No decorrer deste percurso, a instituição organizou sessões de esclarecimento sobre a triagem de resíduos, tendo-nos sido viabilizada a presença numa delas. Com o conhecimento da chefia foi elaborada a sessão de formação, mas por dificuldades organizacionais (do serviço) ainda não foi realizada. Prevê-se a sua realização durante o 1º semestre de 2015. Contudo, desde a realização do trabalho desenvolvido em contexto académico, designado de Projeto de Intervenção Organizacional (PIO), perante situações geradoras de dúvidas sobre a

triagem de RH foram desenvolvidas formações informais junto dos pares. É de salientar que na existência de alguma dúvida relativamente a determinado material a equipa (sobretudo as Assistentes Operacionais (AO)) identificava os elementos do grupo como “conselheiros” sobre a triagem de determinado material.

Também o trabalho de projeto desenvolvido em contexto do estágio clínico permitiu a aquisição das competências acima referidas.

Deste modo, consideramos ter adquirido as competências: B1 (nomeadamente a: B.1.1.1 – “Participa na definição de metas para a qualidade dos cuidados ao nível organizacional” e a B.1.2.3. – “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados”); B2 (designadamente a: B.2.1- “Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado”, a B.2.2 – “Planeia programas de melhoria contínua” e a B.2.3 – “Lidera programas de melhoria”; e a B3.

4.1.3 – Análise de Aprendizagens: Domínio da Gestão de Cuidados (C)

A realização da sessão de formação: “Prestação de Cuidados à Pessoa com CVC na UCI” e a realização da sessão de formação: “Triagem de Resíduos Hospitalares” contribuíram para aquisição do critério de unidade: C.1.1.3 – “Intervêm melhorando a informação para o processo de cuidar”. Através da “discussão” e esclarecimento de dúvidas referentes ao PIS e ao trabalho desenvolvido em contexto de trabalho (suportado pelo PIO) adquirimos o critério de avaliação C.1.1.1 – “Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa”. Durante a prestação de Cuidados na UCI optámos inicialmente por um comportamento de práticas adequadas relativamente aos cuidados de manuseio/manutenção do CVC antes da realização da sessão de formação e distribuição de um cartão alusivo às *bundles* dos CVC (após a realização da sessão) considerando atingido o critério de unidade: C.1.2.3 – “Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar”. A aplicação da grelha de observação permitiu a aquisição do critério de avaliação: C.1.2.4 – “Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação”.

Os aspetos acima referidos e a prestação de cuidados em contexto clínico contribuíram para a aquisição da competência C1 – “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, nomeadamente na elaboração e actualização de diagnósticos do plano de cuidados, bem como a avaliação do projeto e/ou plano de cuidados.

Relativamente à competência C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” a concretização do trabalho de projeto permitiu a aquisição desta, mais especificamente da C.2.1 – “Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e da C.2.2 – “Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e indivíduos”. Sobre esta ressalvamos a importância de reajustar o planeamento de acordo com as orientações propostas pela Chefia. Quanto aos critérios de avaliação da unidade de competência destacamos a C.2.2.2 – “Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado” e a C.2.2.4 – “Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada”.

4.1.4 – Análise de Aprendizagens: Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D)

Relativamente ao domínio das aprendizagens profissionais, o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade é algo que nos caracteriza, porém temos noção que, em determinadas áreas, não conhecemos todos os fenómenos e que, por isso, é necessário investir na formação. Esta poderá ocorrer de diversas formas, embora a mais comum neste contexto tenha sido a pesquisa bibliográfica e exposição perante os pares (D1).

Corroborando, assim com uma *práxis* sustentada em padrões de conhecimento sólidos e válidos, só através da argumentação fundamentada é possível sensibilizar os profissionais para a melhoria contínua da qualidade, podendo ser estabelecido um paralelismo com a prevenção e controlo de infeção (D2).

A participação no XXIV Congresso de Coloproctologia (realizado no dia 24 e 25 de Novembro de 2014), a pesquisa bibliográfica efetuada durante o estágio e os aportes teóricos contribuíram para a atualização de conhecimentos, bem como a reflexão sobre temáticas relativas aos cuidados que prestamos. O aprofundar de conhecimentos teóricos, bem como de meios técnicos para a prestação de cuidados aos clientes, é fundamental para a *práxis* clínica, conduzindo a uma melhoria da qualidade, mas sobretudo da segurança do cliente (D1, D2).

Também a participação no encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica e nas Jornadas de Enfermagem (sob o tema: “Um olhar reflexivo sobre o (in)visível: Intervenção partilhada de enfermagem”) permitiu a aquisição de conhecimentos e atualização de práticas relacionadas com determinadas situações profissionais. A capacidade de refletirmos sobre os

conhecimentos que possuímos e que, de certo modo, são pouco sólidos e de reconhecermos que é necessário adquirir conhecimentos teóricos sobre determinadas áreas (como seja, ventilação mecânica, técnicas dialíticas, ou outras) contribuiu para a aquisição das competências relacionadas com este domínio (D1, D2).

4.2 – ANÁLISE DE APRENDIZAGENS NA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

4.2.1 – Análise de Aprendizagens: Competência K1 - “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, para além de ser completa e abrangente no que respeita a intervenções e procedimentos, fundamenta-se no essencial da prática de enfermagem, ou seja, no estabelecimento da relação terapêutica e da comunicação.

O contacto com uma dinâmica de prestação de cuidados diferente da realidade académica e profissional que conhecemos possibilitou o desenvolvimento e interiorização de determinados comportamentos dos quais não tínhamos conhecimento prático.

A prestação de cuidados diretos ou indiretos às pessoas em situação crítica da unidade foi um desafio. Pelo desconhecimento de determinadas técnicas, nomeadamente técnicas dialíticas, ventilação mecânica, a especificidade de equipamentos disponíveis, houve necessidade de recorrermos a pesquisa bibliográfica, com a finalidade de entender/reconhecer conceitos, e de que modo estes poderiam influenciar o estado geral da pessoa, no sentido da sua readaptação funcional e consequente melhoria do estado de saúde.

Os cuidados que prestamos são fundamentais para contribuir de forma grandiosa para o conforto e bem-estar da pessoa e família. As pessoas conscientes, internadas quer na sala de nível I ou III, apresentam outras necessidades específicas, nomeadamente a comunicação. Esta é fundamental enquanto processo relacional, pode ser verbal ou não verbal e é influenciada pelas características individuais da pessoa a quem prestamos cuidados.

A pessoa ventilada e/ou sedo-analgesiada não se consegue expressar verbalmente e, muitas vezes, a comunicação não-verbal também não é possível. Perante esta só é possível comunicar através das medidas de conforto e toque terapêutico. Consoante a dosagem da terapêutica sedo-analgésica prescrita e o estado clínico da pessoa, esta pode (ou não) expressar-se, mas comunica de forma eficaz através de comunicação não-verbal e gestos. O estar atento ao fâcies e postura corporal da pessoa que cuidamos é essencial e o facto de estarmos numa UCI não altera esta condição, ou seja, não significa olhar apenas para as máquinas. A pessoa em situação crítica, continua a ser o nosso foco de atenção e como em qualquer outro contexto o processo comunicativo/terapêutico também deve incluir à família.

No decurso do internamento que termina com a morte da pessoa é necessário disponibilizar “tempo” à família. Apoiar a família quando é uma situação não planeada ou quando a informação não é percebida da forma correta, acabando por ser um choque.

A comunicação é um processo de interação, mesmo que o outro não se possa expressar verbalmente. Tal como refere Lourenço (2012, p.22) a mesma “é um processo social básico fundamental em todos os sectores da vida, do mais simples ao mais complexo, constituindo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro”.

Esta é estabelecida, como já foi referido, de forma verbal ou não verbal. Todavia se a comunicação verbal não for eficaz, a comunicação não verbal pode ser. Esta última pode ocorrer através das expressões faciais, da postura corporal, do toque terapêutico, sendo essenciais para que a pessoa e família depreendam que a finalidade da nossa prestação de cuidados é a melhoria do seu estado de doença. É o investimento na pessoa enquanto Ser Humano em relação com os outros.

Descrevemos uma situação específica com a qual nos deparámos: uma pessoa ventilada e sedada, que deu entrada no serviço de Medicina e ficou internada com o diagnóstico de pneumonia aguda e história de patologia respiratória (DPOC) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada. Após uma sessão de cinesioterapia apresentou período de bradicardia e foi transferida para a UCI onde durante a noite se apresentou agitada e tentou tirar o tubo oro-traqueal (TOT), sendo necessário, para sua segurança, recorrer a medidas de contenção. No turno da manhã, durante a higiene, todas as intervenções realizadas eram explicadas à pessoa. A mesma abanava a cabeça e, através de gestos e expressão facial, conseguimos entender a causa da agitação (a pessoa transmitiu através de gestos que este internamento seria o seu fim e que iria morrer). Foi disponibilizado espaço à pessoa para expressar os seus sentimentos e foi-lhe explicado que os tratamentos a que estava a ser submetida necessitavam de tempo para produzir melhorias no seu estado de saúde. No restante turno esta encontrou-se calma, não havendo necessidade de manter as medidas de contenção.

A atenção disponibilizada, a comunicação e empatia que se gerou com esta pessoa permitiram-nos agir ao nível das intervenções sobre as perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é uma competência que deve estar presente no dia-a-dia dos enfermeiros especialistas. A empatia inclui “a capacidade de reflectir com precisão a especificidade nas palavras, nos sentimentos vividos por colegas e

clientes, traduzindo-a em comportamentos não-verbais de calor humano e autenticidade” (Riley, 2004, p.133).

Também a dor é um fator determinante da condição humana e que não pode ser desvalorizada. É muito mais do que física, ela é multidimensional.

Para a OE (2008, p.9) “o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as vertentes”.

Com este propósito surgiram as escalas de avaliação da dor.

A OE (2008, p.17) salienta que “o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para os níveis considerados aceitáveis pela pessoa”.

No local de estágio existiam escalas de avaliação da dor, nomeadamente a Escala de Faces, a Escala Numérica e a *Behavior Pain scale (BPS)*, utilizadas no sentido de dar continuidade ao plano de cuidados estabelecidos. Embora as escalas de faces e numérica sejam as mais comuns na nossa prática, a BPS é mais específica e direcionada para a UCI, como referem Batalha, Figueiredo, Marques, e Bizarro, (2013, p.8) ao dizer que “*BPS-IT* foi a primeira a ser concebida e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem”.

A dor é um sinal subjacente a qualquer pessoa internada na UCI e, para além de poder estar associada a uma patologia de base, pode ser agravada por outros componentes; a dor de acordo com uma visão holística é muito mais do que dor física e é influenciada pela personalidade da pessoa, pela família, história de vida e cultura subjacente. Assim a escolha da escala a aplicar está diretamente relacionado com o estado de consciência da pessoa.

A comunicação e a empatia estabelecida entre enfermeiro/pessoa/família contribuem para a relação terapêutica e esta é determinante na aplicação das escala de avaliação da dor.

A dor emocional/espiritual da pessoa e família não deve ser desvalorizada. Na referida unidade as famílias apenas estão presentes na hora da visita e é durante esta que é possível estabelecer contacto com a família, identificar aspectos da personalidade e objetivos de vida da pessoa que possam vir a ser estimuladores no sentido da melhoria de todo o processo. O acompanhamento da família nas situações de morte abrupta ou iminente é sobretudo feito pela equipa médica e de enfermagem, que permitem à família a expressão de sentimentos subjacentes à perda do seu ente querido.

Concomitantemente com as intervenções farmacológicas para o alívio da dor, achamos pertinente abordar as intervenções não farmacológicas. Estas possibilitam à pessoa, mecanismos de promoção do conforto e consequentemente do seu bem-estar, sendo atitudes que, em contexto hospitalar permitem, uma diminuição do *stress* e ansiedade. Relativamente ao serviço onde decorreu o estágio, as intervenções não farmacológicas no alívio da dor implementadas são a massagem de conforto e, quando a pessoa apresenta condições, a técnica da distração. Uma das medidas não farmacológicas de potenciar o bem-estar e o alívio da dor (parcial ou total) é a prestação de cuidados de conforto no leito, através da alternância de decúbitos.

A fim de divulgar a existência de outras intervenções não farmacológicas, desenvolvermos, paralelamente à formação académica, um trabalho no âmbito da Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica, no módulo: Intervenções ao cliente com dor. Foi então realizado um poster intitulado: “Intervenções não farmacológicas ao cliente em Cuidados Intensivos”, com o recurso a pesquisa bibliográfica integrativa, artigos que revelaram a eficácia de determinadas intervenções não farmacológicas em UCI. O poster será exposto no serviço com a finalidade de divulgar aos enfermeiros (APÊNDICE O) a importância destas no conforto e alívio da dor nas pessoas internadas numa UCI.

Relativamente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência multi-orgânica destacamos a oportunidade de prestar cuidados a uma pessoa a realizar técnica de Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO). Houve a necessidade de mobilização de conhecimentos sobre a técnica em si, tal como dos cuidados de enfermagem associados a esta, porém é de realçar novamente que a prestação de cuidados não se pode basear apenas na técnica. A observação da pessoa a ser efectuada pelos profissionais de saúde, deve obedecer a uma visão holística, não devendo ser direccionada apenas para os equipamentos disponíveis na UCI. Nesta situação em concreto, a administração de protocolo terapêutico, designadamente perfusão de heparina, com a finalidade de impedir a formação de coágulos e

verificação da existência de bolhas de ar no circuito de modo a manter o bom funcionamento e oxigenação eficaz. Realçamos a situação clínica desta pessoa que por Síndrome Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA) necessitou da técnica de ECMO e pela existência de um antecedente pessoal de Fibrilhação Auricular (FA), durante o internamento, embora estivesse medicada necessitou de intervenção, uma vez que desencadeou um episódio de FA com Resposta Ventricular Rápida (RVR) (Frequência Cardíaca (FC) – 180bpm). Esta situação foi detetada através da monitorização cardíaca, mas também foi possível identifica-la através da agitação dos membros superiores da pessoa, em quem não era habitual este tipo de comportamento. Aproximámo-nos dela e entendemos que estava muito ansiosa, sendo que, em associação com a terapêutica instituída, através da relação já estabelecida, do toque terapêutico, da empatia, da comunicação verbal, a pessoa foi recuperando uma FC e traçado electrocardiográfico normais.

Outra situação em que houve necessidade do aprofundamento de conhecimentos teóricos diz respeito à indicação para a avaliação da Pressão Intra Abdominal (PIA), num Sr. recebido na unidade. Foi necessário reunir o material a utilizar, implementar a técnica e avaliar o resultado obtido.

A presença da morte eminente associada à UCI é uma constante. Descrevemos a ida ao Bloco Operatório (BO), para ir buscar uma Sr.^a de 96 anos submetida a uma Prótese Total da Anca (PTA). Por agravamento da situação clínica devido a hemorragia intensa, consequente descompensação respiratória com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e de manobras de ressuscitação, durante cerca de 1 hora, e após estabilização no BO, a cliente foi transportada até à UCI, onde a equipa médica decidiu não investir. Esta “desistência” foi decisão da equipa médica, atendendo ao estado geral da cliente, à sua idade e ao tempo de realização de manobras de reanimação. Os elementos da equipa presentes foram unânimes, uma vez que a realização e manutenção de procedimentos só iria contribuir para aumentar o sofrimento daquela Sr.^a. É expectável o sentimento de frustração ou de “dever não cumprido”, pois a morte de uma pessoa gera sempre sentimentos de tristeza e de desânimo.

As situações supracitadas levam-nos a refletir sobre as questões éticas, nomeadamente sobre um dilema ético: a obstinação terapêutica. Hoje em dia, a tentativa de prolongar a vida através do recurso à medicina e ciência, é uma constante na nossa prática, sobretudo na realidade das UCI's. Como refere a DGS (2003) “o consumo de cuidados intensivos tem vindo a aumentar de forma exponencial” e as “metodologias de monitorização, procedimentos, tratamentos são cada vez mais sofisticadas e desenvolvidas” (p.6). Contudo o

prognóstico da situação clínica deve ser considerado e o que leva a equipa médica a recorrer a tratamentos invasivos ou optar por um em detrimento de outro deverá ser sempre em benefício da pessoa. Lima (2006, p.80) enfatiza que o intensivismo privilegia sobretudo “a cura e o prolongamento da vida e depois negligencia o cuidado necessário ao fim de vida”.

A obstinação terapêutica (OT) (ou encarniçamento terapêutico) caracteriza-se pela aplicação de tratamentos/medidas terapêuticas invasivas, num contexto de doença avançada e irreversível, em que estes se podem tornar desnecessários ou incómodos mediante o resultado/benefício para a pessoa e família. Monteiro (2006, p.283) relata que a OT pode ser considerada como uma “atitude terapêutica excessiva em relação a uma determinada situação e ao respectivo prognóstico”.

Os benefícios para a pessoa não se podem cingir apenas à melhoria do seu estado clínico no momento: o sofrimento e as vantagens/desvantagens do prolongamento da sua vida por um curto período de tempo devem ser equacionados. Marques & Vieira (2007, p.46) salvaguardam que são “os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos que se deparam frequentemente com pessoas doentes num estado previsivelmente terminal, cuja única certeza parece ser o prolongamento de um sofrimento difícil de quantificar”. O sofrimento que possa advir do processo de internamento da pessoa na UCI deve também contemplar a família.

Ao debruçarmo-nos um pouco sobre a obstinação terapêutica e como esta influencia o modo como prestamos cuidados, poderemos pensar como a OT pode distanciar de uma prestação de cuidados direcionada à melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar, uma vez que nos leva a insistirmos em manobras e técnicas invasivas geradores de stress e sofrimento para a pessoa e família. Na nossa *práxis*, a OT, implica não só o sofrimento a que a pessoa e família são expostos, mas também os custos associados, ainda que na perspetiva ética a vida humana não tenha valor. Os princípios da beneficência e da não-maleficência, o princípio da autonomia e da justiça, devem ser considerados na nossa prática.

Referimos agora uma situação de prestação de cuidados *pós-mortem*. Estes, para além de decorrerem com um silêncio que, na nossa opinião, é muito característico, devem decorrer com o respeito pela individualidade da pessoa em causa, que não é apenas um corpo, mas sim um conjunto de dimensões que a caracterizavam em vida. Apenas o filho do Sr. M. pôde presenciar este momento e fazer a sua despedida, sendo que apenas posteriormente contactou telefonicamente a sua irmã e cerca de uma hora depois abandonou o serviço. O corpo do Sr. M. seguiu para a morgue após a prestação de cuidados.

As experiências acima descritas e os trabalhos desenvolvidos permitiram a aquisição da competência K1, bem como das unidades de competência K.1.1 – “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, K.1.2 – “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”, K.1.3 – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas”, K.1.4 – “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”, K.1.5 – “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica,...”, e K.1.6 – “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica”.

A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em contexto académico e a vivência de situações *in loco* também contribuíram para complementar e fortalecer os conhecimentos já existentes acerca da competência K1.

4.2.2 – Análise de Aprendizagens: Competência K2 – “Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”

Por constrangimentos institucionais não foi possível atingir esta competência do modo planeado, através do PAC proposto pelo que foi necessário alterar estratégias.

Assim sendo e como já foi referido, participámos no encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica (realizado pelo IPS), no Congresso do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) e no simulacro realizado em parceria entre o IPS e os Bombeiros Sapadores de Setúbal (BSS).

A presente competência revela-se extremamente importante dadas as constantes alterações climáticas a que estamos sujeitos, em que situações de catástrofe apresentam uma grande probabilidade de ocorrência. Também o Código Deontológico, ressalva a pertinência da competência em situação de catástrofe através do artigo 79º, a alínea d) “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência”.

Consideramos que a aquisição da competência K2 foi adquirida parcialmente relativamente à: a unidade de competência K.2.1 – “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência”, o critério de avaliação K.2.1.1 – “Demonstra conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência” foi

atingido através da pesquisa bibliográfica e da participação em congressos; quanto à unidade de competência K.2.1.2 –“Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço”, por impossibilidade institucional não foi atingida. A colaboração com o grupo responsável pela reestruturação do Plano de Emergência e Catástrofe para o serviço onde se realizou o estágio não ocorreu, uma vez que o referido grupo não se reuniu.

Quanto às unidades de competência K.2.2 –“Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe” e K.2.3 –“Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe” consideramos que foram atingidas através da participação no simulacro, com a realização de exercícios de acordo com os plano de emergência e catástrofe delineado para a região de Setúbal, em interação com outras equipas de profissionais, nomeadamente grupos associados à Proteção Civil.

4.2.3 – Análise de Aprendizagens: Competência K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”

A infeção associada aos cuidados de saúde é definida pela DGS (2007, p.4) como uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”.

O estágio decorreu numa UCI, com pessoas em situação crítica, imunodeprimidas e elevada prevalência do uso de dispositivos invasivos, onde o recurso a medidas preventivas no controlo de infeção é fundamental.

Com a finalidade de atingir não apenas esta competência, mas também as unidades de competência respetivas, propusemo-nos à realização de um PIS. Este incidiu sobre as boas práticas na fase de manutenção e realização do penso do CVC. Segundo o Programa Nacional Controlo de Infeção, da DGS em 2009, as Infeções Nosocomiais nos Cuidados de Saúde, associadas ao CVC representam uma percentagem significativa.

O PIS teve como objetivo geral: Melhorar as práticas associadas à fase de manutenção do CVC, com o recurso às *bundles* já descritas. O projeto apresentou dois períodos de observação subdivididos entre um período pré-formação e um período pós-

formação em serviço. A existência de dois períodos de observação pretendeu identificar se a sessão de formação informal foi potenciadora de comportamentos de mudança, e sucessivamente, se houve melhoria de práticas no que respeita à fase de manutenção do CVC.

Na prestação de cuidados, nomeadamente no que respeita ao controlo de infeção, é essencial adoptar medidas de prevenção, como por exemplo, a higienização das mãos antes e após qualquer procedimento à pessoa, uma das medidas mais simples que pode ser realizada pelos enfermeiros. A mesma deve também ser efetuada quando existe contacto com a unidade da pessoa, com a pessoa e após exposição a fluídos corporais e pode ocorrer através da lavagem das mãos, bem como pela fricção com SABA®. Após as duas fases de observação verificou-se que a higienização das mãos manteve valores muito similares, sendo a taxa de adesão antes dos procedimentos extremamente baixa (taxa de adesão 10% - 1ª fase de observações; taxa de adesão 7% - 2ª fase de observações). No decurso do estágio III decorreram auditorias internas (realizadas pelo elo de ligação da CCI) sobre a higienização das mãos e foram afixados no serviço cartazes alusivos à importância deste procedimento, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde. Foi igualmente reforçada a importância da higienização das mãos durante a sessão de formação e após as observações (2ª fase de observações), embora os pares se demonstrassem relutantes quanto à mudança de comportamento.

Também a possibilidade de prestar cuidados a uma pessoa em situação crítica em isolamento de contato por MRSA sistémico permitiu interagir com a equipa com vista à mudança de comportamento relativamente à referida competência. Esta unidade encontrava-se equipada com material necessário para os profissionais de saúde e a equipa de enfermagem informou as visitas e familiares sobre a necessidade de uso dos equipamentos de proteção.

Na semana da 2ª fase de observações, esteve internada outra pessoa com necessidade de isolamento de contacto, devido à presença do mesmo microorganismo nas secreções brônquicas. Foi então conversado com os elementos da equipa que tipo de equipamentos eram necessários para o isolamento de contato e respiratório e esclarecidas as dúvidas existentes foi realçado que, dado o espaço físico (sala ampla), por vezes os comportamentos preventivos, por parte dos profissionais de saúde, não eram os mais adequados. Foi então reforçado e incentivado junto da enfermeira e AO em causa que, para não haver dissiminação dos microorganismos, a utilização de máscara e a substituição de luvas e batas, sempre que fosse necessário abandonar aquela unidade, era essencial.

A competência K3 destaca-se nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa crítica, mas também é transversal a todos os enfermeiros, bem como à *práxis* de enfermagem, pois contribui para a segurança da pessoa e para a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma com o desenvolvimento do PIS e aprendizagens em contexto de estágio considerámos a aquisição da competência K3 e unidades de competência associadas, nomeadamente a k.3.1 – “Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e a K.3.2 – “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”.

4.3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

Quanto ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, poderíamos pensar de modo mais improvável e não estabelecer uma ligação direta com o estágio que decorreu na UCI. Porém, a pessoa portadora de doença crónica, incapacitante e em situação terminal e/ou paliativa pode, quer pelo desenvolvimento, agravamento, descompensação metabólica ou falência multi-orgânica, passar a ser designada de pessoa em estado crítico. É de salientar que um número elevado de pessoas internadas nas UCI, para além de apresentarem uma patologia crónica, muitas vezes já se encontram em fase paliativa.

Os cuidados paliativos são detentores de uma filosofia específica e assentam em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa. Todavia é importante distinguir ação paliativa de cuidados paliativos.

A pessoa em situação crónica e paliativa é aquela que apresenta uma doença crónica incapacitante e terminal, sendo os destinatários dos cuidados a pessoa e a sua família (e/ou cuidador), maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento.

Para Pacheco (2002, p.28) o cuidar implica “prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. Deve ser vista como o centro de atenção de quem cuida e por isso, nunca devem ser esquecido todos os cuidados físicos,

psicológicos e espirituais de quem precisa, para além das exigidas pela doença em si”.

De acordo com o Dec. Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (p.3857), artigo 3.º, as ações paliativas definem-se como “medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva”, enquanto os cuidados paliativos são definidos “cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida”.

Independentemente de serem prestados CP ou ações paliativas a comunicação é de extrema relevância na relação com o outro.

Para Querido, Salazar e Neto (2006, p.358) “a comunicação é um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação...Implica a adaptação a uma realidade em constante mudança – com avanços, retrocessos, significados, envolvendo o doente, a família...”.

As situações vivenciadas pela pessoa e família, sobretudo numa situação de fase terminal, predis põem ao sofrimento, de modo que este não está dissociados dos CP. O sofrimento é influenciado pelas vivências pessoais, crenças religiosas, culturais e pela espiritualidade.

As questões relacionadas com a espiritualidade devem ser uma presença constante e não dissociada da prestação de cuidados. Twycross (2003, p.57) enuncia que “a espiritualidade está ligada ao significado e finalidade da vida, à interligação e harmonia com as outras pessoas, com a Terra e com o universo e a uma correta relação com Deus/Realidade Última”.

Na antiguidade a morte ou a aproximação desta era entendida e vivida de um modo mais natural. As pessoas morriam em casa junto da sua família, sendo as comemorações fúnebres realizadas em casa, com os familiares e amigos. Atualmente, com a evolução científica e o avanço da medicina, é frequente que a morte ocorra numa instituição hospitalar,

surgindo como um momento despersonalizante (sobretudo nas UCI's, consideradas de um modo geral como ambientes hostis), isto é, a pessoa morre longe do seu meio, dos seus pertences e sem ter contacto prévio com os seus familiares. Os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, surgem como presença inevitável.

Seguidamente iremos abordar as aprendizagens que contribuíram para a aquisição das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

4.3.1. – Análise de Aprendizagens: Competência L5 - “- Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”

Através de determinadas intervenções de enfermagem enquanto enfermeiro especialista e com a aquisição das competências específicas de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa podemos potenciar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida da pessoa e família de quem cuidamos.

Na UCI, a prestação de CP fica cingida à realização de acções paliativas, que, sem dúvida, muito contribuem para a diminuição do sofrimento físico, emocional e espiritual da pessoa e família.

Foi possível prestar cuidados a um Sr. transferido do internamento cirúrgico para a UCI, com a finalidade de realizar uma técnica específica designada de MARS® (*Molecular Adsorbent Recirculating System*). A MARS® é uma técnica de suporte hepático extracorporeal, com a função de desintoxicação, recorrendo ao uso de substâncias lipofílicas, como a albumina.

À chegada ao serviço, o Sr. encontrava-se calmo, consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Apresentava-se eupneico, com aporte de oxigénio a 3l/min por óculos nasais, com a pele e mucosas ictéricas, muito emagrecido. Tinha sido anteriormente submetido a hepatectomia parcial e apenas possuía ¼ de fígado, já metastizado. Por agravamento do seu estado clínico e inviabilidade para transplante, a MARS® foi a solução ponderada pela equipa médica.

A técnica foi realizada uma única vez e não se obtiveram os resultados pretendidos, pelo que a sua repetição foi equacionada. Durante o restante internamento na UCI, a família (mulher e filha) realizou a visita diariamente, estando a par da situação clínica do seu familiar, embora mantivesse a esperança que a tal “técnica específica” pudesse surtir efeito. Durante este período, o estado geral do Sr. foi-se deteriorando até à morte, foi prestado apoio emocional à família, esta foi envolvida no cuidar, nomeadamente no auxílio dos posicionamentos ou no simples ato de dar água ao seu familiar, mas sobretudo no “estar” junto do mesmo.

Outro caso que contribuiu para aquisição da referida competência foi a prestação de cuidados a uma jovem (18 anos), submetida a um transplante de medula e que, por agravamento do seu estado geral, necessitou de suporte ventilatório e hemodinâmico. Apesar

desta ter sido transferida para a referida unidade com a finalidade de lhe serem prestadas técnicas específicas, pela ausência de resposta e agravamento da situação clínica, a equipa apercebeu-se que teria de mudar para uma abordagem de CP. Realçamos esta situação pela realização de ações paliativas que foram determinantes para o bem-estar físico, psicológico e emocional da pessoa e da família. A prestação de cuidados de higiene, os posicionamentos, a realização de técnicas como a aspiração de secreções e de sialorreia, e a prestação de cuidados de higiene oral contribuíram para a promoção do seu conforto e bem-estar. A família foi presença assídua nas visitas e foi necessário que entendessem o porquê de algumas medidas solicitadas pela equipa de enfermagem devido à vulnerabilidade da pessoa, nomeadamente a higienização das mãos antes e após a entrada no quarto. Durante as visitas foi possível observar que a mãe não resistia à vontade de querer tocar, agarrar e estar perto da filha. O sofrimento demonstrado por ela era evidente em cada visita que presenciámos e nas quais chorou, cantou rezas e “canções” típicas cabo-verdianas e foi necessário disponibilizar tempo a esta mãe. No dia do falecimento da pessoa foi permitida a presença da família e amigos na unidade, quer antes quer depois do óbito. Perante esta situação refletimos sobre o “investimento intensivista” que foi realizado com o objetivo de prolongar a vida desta jovem, sabendo *a posteriori* que após a realização de vários procedimentos e administração de terapêutica específica, o organismo não resistiu. Embora não tenham sido prestados CP, foram prestadas acções paliativas com a finalidade de diminuir o sofrimento da pessoa e família. Para Marques e Vieira (2007, p.46) “os enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) deparam-se frequentemente com pessoas doentes num estado previsivelmente terminal, cuja única certeza parece ser o prolongamento de um sofrimento difícil de quantificar”.

Os mesmos autores advertem que “o estado clínico do doente chega a um ponto tal e que são necessárias tomadas de decisão importantes para o seu futuro, nomeadamente sobre o avançar ou não com medidas habitualmente agressivas”.

Por outro lado, a vontade da família de estar perto do seu familiar é incontornável: a ideia da perda é aterradora, sem esquecer que a dinâmica da família sofre alterações pela presença de um diagnóstico da doença, internamento e tratamentos diversos, a necessidade de investimento é tida como peremptória, não só pelo valor da vida, mas também pelo princípio da não-maleficiência. Para os profissionais as considerações éticas, são primordiais enquanto promotoras da dignidade humana e do respeito pelo outro.

Para complementar a competência enunciada realizámos um estágio de observação numa Unidade de Cuidados Paliativos, no período de 15 a 21 de Dezembro de 2014.

Aquando da realização do estágio apenas uma das pessoas internadas na UCP era verdadeiro recetor de CP, situação devida à ocupação de vagas por clientes cirúrgicos por constrangimentos estruturais.

Contudo foi possível, através da exposição de casos anteriores, identificar o funcionamento da UCP relativamente aos cuidados prestados à pessoa em Situação Crónica e Paliativa e ao tipo de trabalho desenvolvido pela equipa.

4.3.2 – Análise de Aprendizagens: Competência L6: “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”

A realização dos dois estágios mencionados permitiu-nos refletir sobre duas filosofias distintas cujo objetivo central é o bem-estar da pessoa e família. A UCI apresenta uma filosofia de procura da cura através de procedimentos intensivista, que em determinadas situações podem ser equiparados a um encarniçamento terapêutico: enquanto que a abordagem dos CP nos remete para uma filosofia da procura do bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

Apesar de serem contextos distintos, as UCI's e as UCP's são locais onde os profissionais de saúde são frequentemente confrontados com a morte, daí que o desenvolvimento da presente competência seja fundamental. Como já foi referido, os profissionais das UCI's acabam muitas vezes por prestar cuidados/ações paliativas, podendo a morte surgir de forma mais ou menos abrupta em ambos os contextos.

O apoio à família não deve ser descurado, uma vez que determinadas situações clínicas contribuem para o prolongar e aumentar o sofrimento destas e da pessoa. A relação entre a pessoa e a família “é muito complexa, dependendo, de vários factores, nomeadamente de um misto de sentimentos e emoções que podem até levar a que haja momentos em que o familiar não se sinta capaz de ouvir e falar com o doente” (Pacheco, 2002, p.137). Embora o apoio dado à família no processo de morte difira consoante o serviço onde prestamos cuidados, é essencial que haja consciencialização sobre a morte e o processo desta. O apoio à família durante este processo é fundamental para permitir a aceitação da morte como um

processo natural e contribuir para que aquela família experiencie o luto como um processo “positivo”.

No que respeita aos profissionais de saúde a prestação dos cuidados *pós-mortem*, devem ser encarados como um momento de respeito pela dignidade da vida humana, o respeito pela pessoa enquanto ser humano que faz parte de uma família, se encontra inserido numa sociedade, que possui crenças e valores próprios.

Descrevemos a situação de uma Sr.^a, submetida à colocação de Prótese Total da Anca (PTA) e que, por uma Paragem Cardio-respiratória (PCR) que surgiu no Bloco Operatório (BO), foi transferida para a unidade. Após o episódio de PCR, foram realizadas manobras de SAV durante quarenta e cinco minutos, a cliente foi entubada e detetada a presença de sangue ao nível do sistema respiratório.

A Sr.^a foi transferida do BO para a UCI e, após ser instalada e submetida a avaliação médica, faleceu. Foi necessário entender que por mais que a vida humana seja importante é essencial ponderar se as manobras e técnicas possíveis de serem realizadas não consistem em encarniçamento terapêutico e servem apenas prolongar o sofrimento daqueles que as recebem.

Uma situação de morte é sempre impulsionadora de uma diversidade de sentimentos, quer na equipa que se depara com esta, quer para a família que vivencia a morte de um ente querido. O apoio à família é extremamente relevante, isto porque o processo de luto numa situação vivida de forma abrupta apresenta um maior risco de luto patológico. É certo que a morte de uma pessoa de idade avançada é entendida de um modo diferente do que a morte de uma pessoa jovem, mas não deixa de ser um momento de perda em que é necessário estabelecer estratégias para a reestruturação daquela família.

Enfatizamos a morte de outra pessoa em que, após avaliação da sua situação clínica, foi dada indicação à equipa de enfermagem para não proceder a manobras de reanimação. O Sr. faleceu na hora de visita, na companhia do filho, cuja presença após a morte foi permitida, tendo sido disponibilizado apoio emocional, no sentido deste poder expressar os seus sentimentos. Também foi necessário orientar o filho na resolução de questões burocráticas. Cerca de uma hora e meia após a morte do seu pai, o filho abalado foi à sala despedir-se da equipa de enfermagem e, embora triste, agradeceu o apoio facultado.

Também na UCP em que se realizou o estágio de observação a conferência familiar é uma das prioridades, no sentido de facilitar o processo de luto. Esta ocorre até às primeiras 48 horas após a admissão da pessoa na unidade, de modo informal, sendo estruturada de acordo

com a pessoa e família por um médico e um enfermeiro, que estão, idealmente, ambos presentes.

O processo de luto é uma das abordagens primordiais e implica um trabalho desenvolvido numa dinâmica de interacção/interligação, sobretudo entre a pessoa, equipa multidisciplinar e cuidador. Neste processo identificar os gostos, as preferências e os desejos (passíveis de serem realizados) é de extrema relevância para uma morte mais serena/melhor aceite.

Alguns exemplos, decorridos nesta unidade, em que a concretização de determinados desejos foi fundamental para a construção deste processo:

- Uma pessoa em fase terminal tinha como desejos: o controlo de sintoma – o cheiro da ferida maligna, uma ida à praia (para ver o mar e sentir a areia nos pés) e escrever um livro de receitas para os seus filhos;
- Uma Sr.^a que tinha por hábito ir almoçar com as suas amigas em determinado restaurante e queria expressar o seu agradecimento e demonstrar a cada amiga a importância que tiveram ao longo da sua vida. Conjuntamente com a família, foi possível preparar uma mesa de acordo com a decoração do restaurante habitual e convidar as amigas. A equipa, após conversa com a pessoa, proporcionou a elaboração de um cartão para cada amiga, onde estavam descritas determinadas situações ocorridas ao longo dos anos de amizade partilhada.

Relativamente às questões do luto, a unidade acompanha a família durante o internamento e estabelece contacto com a mesma após o falecimento da pessoa; “celebra” também o 1º mês após a morte em conjunto com a família ou através de contacto telefónico.

Salientamos ainda, a existência de um telemóvel que permite o contacto com a unidade a qualquer momento. O contacto telefónico é passível de ser realizado durante o internamento ou após uma situação de alta clínica da unidade e funciona como um acompanhamento da pessoa e família, inclusivé após a morte do familiar.

São registados num livro os nomes das pessoas que faleceram, se foi possível a presença da família no momento da morte, se esta esteve presente na preparação do corpo e se regressou à unidade após a morte do seu familiar.

Através do contacto com os profissionais, da reflexão acerca das situações acima mencionadas e do estágio de observação consideramos que adquirimos a competência L6.

5 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com a OE (2012, p.15) a enfermagem “é a profissão, que na área da saúde, tem como objectivo, prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem, a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Através de um pensamento e agir baseados em conhecimentos teóricos sólidos, atuais e sustentados por estudos, é possível desenvolver atitudes/intervenções de enfermagem que reforçam o enunciado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Estando a profissão de enfermagem associada às ciências e às tecnologias em actualização constante, a renovação de conhecimentos é essencial. É através desta actualização de conhecimentos que se desenvolvem as competências que possuímos enquanto profissionais.

O Dec. Lei n.º115/2013 de 7 de Agosto, artigo 15º, descreve as competências de mestre como aquelas que se relacionam com a capacidade reflexiva sobre determinada situação. Estas envolvem a existência e mobilização de conhecimentos e a capacidade de compreensão/reflexão sobre a prática clínica, coadunando-se com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A prestação de cuidados no estágio realizado na UCI exigiu a mobilização de conhecimentos já existentes, bem como a aquisição de conhecimentos sobre determinadas técnicas e especificidades do referido campo de estágio (através da pesquisa bibliográfica).

5.1 – ANÁLISE DE APRENDIZAGENS NA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A **alínea a)** do referido artigo refere: “**Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:** i)Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º

ciclo, os desenvolve e aprofunde; e ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;”

A pesquisa realizada para a concretização do PIS levou à atualização de conceitos e/ou procedimentos, referentes à área das IACS relacionadas com o CVC, através do aprofundamento das *guidelines* e *care bundles* existentes na prestação de cuidados aos clientes portadores de CVC. O trabalho de observação realizado para obtenção dos resultados possibilitou igualmente a aquisição da competência e alíneas supracitadas.

O mestre, para além de possuir conhecimentos e capacidades através das quais é capaz de desenvolver uma solução com vista à resolução de um problema/necessidade identificados, apresenta também capacidade de comunicá-la à equipa. Com a elaboração do PIS todo este processo foi desenvolvido, ou seja, verificou-se a existência de um problema em contexto de estágio, foi elaborado um diagnóstico de situação (recorrendo ao uso de ferramentas de gestão, neste caso a análise SWOT), foi realizado um planeamento e aplicada a grelha de observação. Como estratégias para atingir o objetivo delineado foi realizada uma ação de formação em serviço, onde foram comunicados à equipa os resultados obtidos após aplicação da grelha de observação (1ª fase).

As competências acima mencionadas foram adquiridas na prestação de cuidados através da mobilização e aprofundamento dos conhecimentos que possuíamos do curso de licenciatura e da experiência profissional.

A **alínea b)** do Dec. Lei n.º115/2013, art.º 15º do capítulo III refere-se o **“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, (...)”**.

Neste contexto, salientamos a prestação de cuidados a uma Sr^a. cuja situação clínica possibilitou a aplicação desta alínea: uma cliente re-transplantada, em consequência de uma cirrose hepática auto-imune, encontrava-se sobre soroterapia desde as 10h (soro polieletrólítico simples a 42cc/h e soro polieletrólítico com glicose a 63cc/h,); verificámos que, até às 20h, manteve baixos débitos urinários, pelo que foi informada a médica do serviço. Esta sugeriu o reforço de fluídos (500cc de soro polieletrólito simples), mas não se verificou alteração do débito urinário. Comunicámos o sucedido à médica assistente, que deu nova indicação para serem administrados mais 500cc soro polieletrólítico simples, com a finalidade de restabelecer da função renal. A nossa atenção constante e a avaliação do estado geral da Sr^a. permitiram a identificação e a resolução de um problema, evitando complicações.

Outro exemplo da aplicação da mesma alínea: a prestação de cuidados a um Sr. com cerca de 70 anos, submetido a uma sigmoidectomia, com construção de uma colostomia definitiva e metastasectomia hepática à esquerda, por neoplasia do cólon. Esta situação possibilitou a mobilização de competências já adquiridas e que consolidaram as competências de mestre e a adaptação de conhecimentos a uma nova situação de prestação de cuidados.

Perante a **alínea c) “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”** cabe ao mestre apresentar destreza profissional e emocional para lidar sobretudo com questões da morte e obstinação terapêutica, intensamente experienciadas em ambiente de UCI, mas também com a gestão de sentimentos geradores de stress intrínsecos a este.

A morte na UCI é infelizmente recorrente, mas, na maioria dos casos, as famílias e/ou cuidadores não estão preparados para lidar com a confrontação do término da vida do seu ente querido e o choque pode ser traumático e acarretar consequências importantes para a vida daqueles familiares.

O acompanhamento da família e da pessoa que brevemente irá morrer é determinante no processo de luto destes, sendo a gestão de sentimentos essencial perante a confrontação com a morte. Neste contexto, é também de considerar o lado emocional do profissional de saúde que acompanha de forma respeitadora, congruente com as crenças e espiritualidade da pessoa e da família.

Quanto à obstinação terapêutica, esta implica a decisão médica e considera a avaliação fisiológica da pessoa e a capacidade de resposta às medidas terapêuticas instituídas.

De acordo com o Código Deontológico do enfermeiro, o artigo 82º com o enunciado: “dos direitos à vida e à qualidade de vida” descreve que este deve: a) “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”; c) “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”, mas também, d) “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”.

As questões éticas e sociais estão subjacentes à praxis de enfermagem, isto porque, é uma profissão que tem na sua génese a prestação de cuidados ao ser humano, enquanto pessoa que tem de ser respeitado pela sua dignidade humana e liberdade.

Referente a estes o Código Deontológico reforça, no artigo 78º, os valores universais a observar na relação profissional, nomeadamente: a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade.

Por sua vez, o art.º 79 do referido código salvaguarda na alínea c) que o enfermeiro “deve proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum”.

Quando respeitamos a liberdade promovemos a autonomia daquele de quem cuidamos, tal como quando o capacitamos com informação que lhe permite tomar decisões de acordo com as suas convicções e crenças. Também referente a este aspeto o artigo 81º, na alínea f), alude que o enfermeiro no seu exercício deverá fazer respeitar as opções políticas, culturais e morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

O artigo 84º, com o enunciado do “dever de informação” reforça as questões de autonomia, mencionando o respeito pela autodeterminação do cliente, que através da informação transmitida passa a poder fazer uma escolha consciente, tal como é referido na alínea b) “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado “.

Referente à **alínea d)**, a mesma decorre da **capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos ou raciocínio subjacente de forma clara e concisa**. Acreditamos poder englobar aqui diversas situações ocorridas, tais como: a comunicação dos conhecimentos e resultados obtidos e desenvolvidos no PIS; a explanação de conhecimentos sobre as medidas preventivas nos clientes em isolamento na UCI, aos elementos da equipa; a informação à família sobre a situação clínica do seu familiar. Paralelamente o Código Deontológico também fomenta a informação como um direito daqueles a quem prestamos cuidados, salientando-se o artigo 84º. Deste artigo referimos a alínea a) “Informa o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”; alínea b) “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”; alínea c) “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”.

Uma comunicação eficaz inter e intra-equipa é essencial para a transmissão de informação clara e coerente para o exterior (pessoa/família) e para o estabelecimento de um plano de cuidados adequado e direcionado para a melhoria do estado de saúde da pessoa.

Em relação à **alínea e)** do artigo 15º **“Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida de modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”** destacamos a andragogia como base de sustentação para a evolução e desenvolvimento do enfermeiro enquanto profissional.

No decurso do estágio foi-nos possível prestar cuidados a uma pessoa submetida a *Extra-Corporeal Membranal Oxigenation* (ECMO) por Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), após um quadro súbito de pancreatite.

A técnica de ECMO destina-se à manutenção da perfusão tecidular com sangue oxigenado, enquanto se espera a recuperação do órgão primariamente agredido, quer seja coração, pulmão, ou ambos. Segundo ELSO (2013, p.3) está indicada para “situações de hipoxemia respiratória, retenção de dióxido de carbono (CO₂), síndromes de falência respiratória, situações de falência cardíaca ou choque cardiogénico”. É uma técnica muito específica que implica cuidados direcionados e centrados no cliente. Embora o SDRA implique a necessidade de ventilação invasiva e seja extremamente importante observar a resposta da pessoa ao ventilador, é essencial verificar a reação do organismo ao ECMO. Assim, foi necessário vigiar a temperatura corporal, observar cuidadosamente as extremidades, a coloração da pele e mucosas e o local de inserção das cânulas de ECMO, - a jugular à direita (designada de cânula de entrada) e a femoral à direita (designada de cânula de saída). A máquina de ECMO também necessita de uma vigilância permanente dos parâmetros de percentagem de oxigénio (FiO₂), do volume de sangue e das rotações.

A prestação de cuidados a pessoas em diálise e hemodiafiltração exigiu a realização de pesquisa bibliográfica sobre as técnicas, a sua finalidade e complicações associadas. A escolha da técnica é da responsabilidade da equipa médica, considerando a situação clínica da pessoa e desequilíbrios hidroeletrólíticos subjacentes. Salientamos a importância da existência de conhecimentos já existentes e da sua mobilização para a avaliação do estado geral no que respeita à coloração das mucosas, à presença de indicadores antropométricos, à presença de períodos de confusão (em situações de encefalopatia), valorizando a prestação de cuidados centrada na pessoa e na melhoria do seu estado de saúde e não apenas na existência de equipamentos.

O descrito no artigo 88º do Código Deontológico com o enunciado: “da excelência do exercício”, descreve na alínea c) “Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” vai igualmente ao encontro do acima exposto.

6 – REFLEXÃO FINAL

A realização deste trabalho dividiu-se em duas áreas indissociáveis: a formação académica e a prestação de cuidados. A formação académica ao decorrer paralelamente ao estágio permitiu a associação dos conhecimentos já existente e adquirido à *práxis* e, assim, contribuiu de forma enriquecedora para o desenvolvimento de ambos.

A formação académica possibilitou a mobilização de conhecimentos e recursos teóricos para a realização do PIS, enquanto que o estágio consistiu na validação desses conhecimentos e recursos, promovendo o desenvolvimento do projeto e a aquisição de algumas das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Com o desenvolvimento destas também foi possível adquirir as competências de mestrando na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A realização do estágio numa realidade distinta daquela onde diariamente desempenhamos funções enquanto profissionais permitiu identificar aspetos que necessitavam ser explorados, assim como desencadeou uma necessidade de aquisição de conhecimentos na área de cuidados intensivos, tão vasta e simultaneamente tão específica.

Ao falarmos do enfermeiro especialista e das competências deste não podemos subestimar as competências comuns, mais focadas em domínios abrangentes, nomeadamente o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Sobre o último destacamos o facto do enfermeiro possuir princípios inerentes à sua prática, que o orientam para respeitar o ser humano na sua unicidade. Este domínio permitiu-nos, em associação com o suporte teórico leccionado em contexto académico, a consolidação efetiva do Código Deontológico e, assim, a sua aplicação na prática. As tomadas de decisão, para além de serem sustentadas em conhecimentos teóricos e científicos, têm implícitos a dignidade humana, a autonomia e respeito pela condição do outro.

O domínio da melhoria de qualidade corresponde ao desenvolvimento de um ambiente terapêutico seguro, através de estratégias orientadas para o cumprimento de normas e procedimentos. O PIS, desenvolvido sob a temática da uniformização de procedimentos prestados à Pessoa com CVC na UCI, contribuiu para atingir competências neste domínio.

Outros domínios correspondem à gestão de cuidados e ao domínio das aprendizagens profissionais.

Quanto ao domínio das aprendizagens profissionais é de referir que o enfermeiro deve ter a capacidade de refletir sobre si mesmo e sobre os atos praticados, para que, de forma assertiva, consiga gerir a relação com o outro e agir correctamente.

As competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica implicam uma abordagem orientada através de uma observação/avaliação mais focada e direccionada para determinados aspetos inerentes à essência humana. A pessoa é um ser em interação com o meio em que se insere e composto por diversas dimensões, entre as quais, a emocional e espiritual.

Quanto à competência K1, que visa a essência da pessoa enquanto ser humano numa situação de doença grave/crítica, embora seja necessário atuarmos no sentido de dar resposta às alterações fisiopatológicas e despistar complicações, não nos podemos abster de aspetos como a dor e de componentes essenciais que influenciam o estabelecimento da relação terapêutica (componente espiritual e emocional).

Relativamente à aquisição da competência K2, no domínio da situação de catástrofe e emergência confrontámo-nos com uma realidade que na praxis é desvalorizada pelos profissionais de saúde. Ao se deparar com qualquer situação de catástrofe, cada um de nós deveria saber como atuar enquanto enfermeiro e conhecer quais os comportamentos a adoptar. Com o objetivo da aquisição desta competência propusemos o desenvolvimento de um PAC, que por constrangimentos institucionais não foi possível desenvolver. Com a finalidade de adquirir a referida competência, participámos em congressos e no simulacro realizado pelo IPS em parceria com os Bombeiros Sapadores de Setúbal. Salientamos ainda que a aquisição das competências acima referidas concede-nos, como profissionais, conhecimentos nesta área, o que nos capacita e diferencia também enquanto cidadãos.

Para a aquisição da competência K3 contribuíram a realização do estágio na UCI, assim como o desenvolvimento do PIS. O ambiente da UCI é um ambiente em que as pessoas necessitam de cuidados especializados e de determinados procedimentos invasivos, estando por isso mais susceptíveis ao risco de infeção. Os estágios I, II e III decorreram no mesmo serviço do CHLC, de modo a permitir atingir os objectivos delineados. Sendo este um campo de estágio tão específico e considerando a prática clínica, designadamente o investimento na situação clínica da pessoa em situação crítica, é necessário estar alerta para as questões que coloquem em risco aqueles que cuidamos. Assim, durante o estágio I e II focámo-nos na

integração na equipa e no serviço (rotinas e procedimentos) e, relativamente ao PIS, definimos o diagnóstico de situação, estabelecemos objetivos e delineámos o planeamento. Durante o estágio III, demos continuidade ao PIS, através da realização da sessão de formação informal e aplicação da grelha de observação, e prestámos cuidados a pessoas em situação crítica e/ou falência multi-orgânica, bem como em situação crónica e paliativa.

O desenvolvimento do PIS também se encontra direcionado para a competência K3, em que esta contempla as questões da prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Durante a realização da sessão de formação informal e após os períodos de observações, foi possível depreender junto dos pares que a maioria não conhecia as *Bundles*, enquanto conjunto de procedimentos a ser implementado aquando da inserção e manutenção do CVC.

Os constrangimentos na implementação do projeto, poderão estar relacionados com a resistência à mudança. O meio escolhido para ultrapassar o constrangimento foi a sensibilização/consciencialização dos elementos da equipa, através da realização da sessão de formação informal. Fomos também confrontados com constrangimentos institucionais que nos impossibilitaram de realizar a sessão de formação de acordo com o planeamento reestruturado. Na reunião com a Sr.^a Enf.^a Chefe para apresentação dos resultados da 1ª fase e apresentação da sessão de formação, fomos informados que a mesma não poderia ser realizada em Dezembro, mas sim em Janeiro de 2015. Foi então reformulado o planeamento e reajustadas as fases seguintes. Deste modo, o período disponibilizado para a 2ª fase de aplicação da grelha de observação, que de acordo com o planeamento inicial seria de um mês, teve de ser reestruturado e realizado apenas numa semana.

A pesquisa bibliográfica, assim como a troca de ideias com os colegas, foram as formas mais frequentemente utilizadas para ultrapassar algumas dificuldades com que nos confrontámos no decorrer do estágio.

Relativamente aos constrangimentos vivenciados, a assertividade, a perseverança e a persistência foram qualidades que permitiram o desenvolvimento e concretização do PIS.

É de referir que devido às situações clínicas das pessoas internadas na UCI, muitas foram as situações que passado algum tempo passaram de intervenções intensivista para ações paliativas.

O percurso desenvolvido ao longo dos estágios contribuiu para o desenvolvimento pessoal, mas sobretudo profissional. A observação e identificação de comportamentos menos corretos na nossa prática clínica diária é essencial para o nosso desenvolvimento e melhoria

dos cuidados. A consciencialização dos profissionais de saúde acerca destes é essencial e o seu reconhecimento não deve ser tido como ofensa, mas como um contributo. Assim, salientamos a importância do autoconhecimento e da assertividade que cada enfermeiro, quer seja especialista ou não, deve demonstrar.

O ambiente na UCI caracteriza-se por um método intensivista, quer a nível de atitudes terapêuticas, quer a nível de procedimentos, mas, ainda assim, é de notar que a condição de ser humano, emocional e espiritual não é descurada. Durante a realização do estágio deparámo-nos com situações em que houve “desistência” médica e se adoptaram ações paliativas. Perante as situações clínicas mais graves e em (termos fisiológicos) incompatíveis com vida foi considerada a questão do encarniçamento terapêutico. Paralelamente a este, o estágio de observação desenvolvido na UCP fez-nos refletir essencialmente sobre o ambiente que a pessoa experiencia e sobre a forma como este se repercute na componente física, psíquica e emocional da pessoa e família. A filosofia do serviço no qual o cliente se encontra internado irá contribuir para uma melhoria da qualidade e sensação de bem-estar deste e da sua família.

A integração dos diversos aportes teóricos, o desenvolvimento de trabalhos em contexto académicos e a concretização do trabalho de projeto permitiram a aquisição de competências, e sobretudo, o desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal, na medida em que possibilitaram alargar o horizonte da prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. & Rua, M., (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Acedido Novembro 28, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

Andrade, A., Cardoso P. P., Carones, N. & Ferreira, M. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17(1), 55-59. Acedido Março 30, 2014 em http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_55a59.pdf

Ascensão, H. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP, 2-22. Acedido a Junho 1, 2014 em www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_organizacao_de_servicos.pdf

Barbosa, A. (2006). Sofrimento. In A. Barbosa, I. Galriça Neto (Ed), *Manual de Cuidados Paliativos*, (1ª edição) (397-417). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Batalha, C. M. L., Figueiredo, M. A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pains Scale – Intubated Patient. *Revista de Enfermagem Referência*, 9(III), 7-16. Acedido Junho 1, 2014 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a01.pdf>

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Brachine, P. D.J, Peterlini, S.A.M. & Pedreira, G. L.M. (2012). Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter centrais: Revisão Integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 200-210. Acedido a Março 30, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/25.pdf>

Cestari, M. E. (2003). Padrões de Conhecimento da Enfermagem e suas implicações no ensino: *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24, 34-42.

Dallé, J., Kuplich, M. N., Santos, P., R. & Silveira, T. D. (2012). Infecção relacionada a cateter venoso central após a implementação de um conjunto de medidas preventivas (bundle) em centro de terapia intensiva. *Revista HCPA*. Acedido a Março 30, 2014 em <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/25148>

Dec. Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Acedido Março, 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Dec. Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Diário da República n.º109 – I Série – A.

Dec. Lei n.º 73/2011 e 17 de Junho. Diário da República n.º 116 – 1ª Série.

Dec. Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto. Diário da República n.º 151 – 1ª Série. Ministério da Educação e Ciência. Lisboa

Direção Geral da Saúde – Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Acedido Maio 23, 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Circular normativa n.º14/DGCG. Acedido Outubro 4, 2014 em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)

Direção Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido a Abril 8, 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>

Direção Geral de Saúde (2013). Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses – Inquérito 2012. Acedido Abril 8, 2014 em <file:///C:/Users/PC/Downloads/i019020.pdf>

Extracorporeal Life Support Organization (2013). Guidelines for Adult Respiratory Failure [em linha]. *Extracorporeal Life Support Organization*. Acedido a Dezembro 1, 2014 em <http://www.else.org/Portals/0/IGD/Archive/FileManager/989d4d4d14cusersshydocumentsel-soguidelinesforadultrespiratoryfailure1.3.pdf>

Ferreira, F. V. M., Andrade, D. & Ferreira, M.A., (2011). Controlo de infeção relacionada a cateter venoso central impregnado com antissépticos: revisão integrativa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(4), 1002-1006. Acedido a Março 30, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a30.pdf>

Fortin, M., F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*, Loures, Portugal: Lusociência.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Fundamentos à Prática Profissional*, Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Guerra, I. (1994). In <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meteralatorios.pdf>

International Council of Nurses (2004). Resíduos Hospitalares: O papel dos enfermeiros e da enfermagem acedido a Outubro 3, 2013 em http://www.ordenenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/50_Medical_Waste-Pt.pdf

Jardim, M.J., Lacerda, A. R., Soares, D. J. N. & Nunes, K.B. (2013). Avaliação das práticas de prevenção e controlo de infeção da corrente sanguínea em um hospital governamental acedido a Março 30, 2014 em

file:///C:/Users/PC/Downloads/3662_Avalia%C3%A7%C3%A3o_das_praticas_de_preven%C3%A7%C3%A3o.pdf

Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11-16. Acedido a Novembro 28, 2014 em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1273>

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um critério de Competência da enfermeira*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho. Diário da República n.º 126 – 1ª Série.

Lima, C. (2006). Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13(2), recuperada a 3 de Janeiro de 2015 em http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf

Lourenço, L. (2012). Comunicação em Enfermagem. *Revista Nursing*, Jan/Fev., 22-27.

Loveday, H.,P. *et al.* (2014). National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 86S1, S1-S70. Acedido a Fevereiro 24, 2015 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii>

Marques, P. & Vieira, M. (2007). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internados em unidades de cuidados intensivos. *Centro Universitário São Camilo*, 1(2), 45-55. Acedido a 30 de Março de 2014 em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/Principios_eticos_gerais_no_agir_em_enfermagem.pdf

Martins, L. (2004). Beneficência e Não-Maleficência. In M. Neves & S. Pacheco, *Para uma ética da enfermagem: Desafios* (229-235). Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.

Mesiano, B. A. R. E. & Merchán-Hamann, E. (2007). Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva, *Revista Latino-Americana em Enfermagem*. Acedido a Março 30, 2014 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a14.pdf

Ministério da Administração Interna (2012). Plano nacional de Emergência e Protecção Civil [em linha]. protecção civil. Acedido Junho 6, 2014 em http://www.proteccaocivil.pt/Documents/PNEPC_CP_2012.pdf

Monteiro, F. (2006). Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica em medicina intensiva. *Revista portuguesa de Pneumologia*, vol. XII (3), 281- 291.

Moura, C. (2000). Análise de Modo e Efeito de Falha Potencial (FMEA) – Manual de Referência. Acedido Outubro 6, 2013 em <http://www.estgv.ipv.pt/PaginasPessoais/amario/Unidades%20Curriculares/Inova%C3%A7%C3%A3o/Textos%20apoio/FMEA.pdf>

Naomi, P., O'Grady, M., D. *et al.* (2002). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *Clinical Infection Diseases*. 35, 1281-1307. Acedido Março 30, 2014 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019665530200250X>

Naomi, P., O'Grady, M., D. *et al.* (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections [em linha]. CDC. Acedido Novembro 11, 2014 em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Neves, P., M. (2004). Ética, Moral, Deontologia e Bioética: Conceitos que pensam a acção. In M. Neves & S. Pacheco, *Para uma Ética de Enfermagem: Desafios* (145-157). Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.

Nunes, L., Ruivo, M., A., Ferrito, C. & alunos 7º CLE. (2010). Do perito e do Conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. *Divulgar*. Edições Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR – Guia Orientador de Boas Práticas*. Edições: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Edições: Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar da Pessoa em fase terminal*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Pina, T. & Maia, M.,J. (2008). Auditoria às práticas de inserção e manutenção de dispositivos intravasculares (Norma 11) – Comissão de Controlo de Infecção, Hospital C. C.

Pina, T. & Maia, M.,J. (2008). Prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares (Norma 11) – Comissão do controlo de infeção, Hospital C. C.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. Temático 10, 27-39. Acedido a Novembro 28, 2014 em <https://www.ensp.unl.pt>

Provonost, P., Needham, M., D. *et al.* (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New Journal of Medicine*. Vol.355, n.º 26, 2725-2732. Acedido a Novembro 18, 2014, em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa061115>

Queirós, A., A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Querido, A., Salazar, H., Neto, G., I. (2006). Comunicação in Barbosa, A., Neto, I.G., (1ª Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, (pp. 357-378). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República - 2º série, n.º 35.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República – 2ª Série, n.º 35.

Riley, J., B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

Ruivo, M., A., Ferrito, C., Nunes, L. & alunos 7º CLE (2007). Metodologia de Projeto: Colectânea de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

Santos, G., O., M., Sobreiro, C., P., L. & Calca, B., M., I., P. (2007). texto de apoio sobre: a análise *SWOT*, selecção de prioridades. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”, acedido a 13 de Junho em http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf

Sousa Dias, C. (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção Nosocomial – Ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17(1), 47-53.

Silva, A., Oliveira, F. & Ramos, M. (2009). Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. *Revista Referência*, n.º 11, 125-134.

Tavares, A. (2004). A Gestão dos Resíduos Hospitalares e o papel da Autoridade de Saúde - Caso do Concelho da Amadora (Tese de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://run.unl.pt/.../RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ant>

Tomey, A., M. & Alligood, M., R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*, Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

World Health Organization (2011). Reporte on the burden of endemic health care-associated infection worldwide – Clean care is safer care [em linha]. *World Health Organization*. Acedido a Novembro 11, 2014 em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1

ANEXOS

ANEXO I

Ficha de Diagnóstico

Definição do Problema

| |
|---|
| Estudante: Rosália Maria Simões Mariano |
| Instituição: Hospital do Centro Hospitalar de Lisboa |
| Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) |
| Título do Projeto: Prestação de Cuidados à Pessoa com Catéter Venoso Central na Unidade de Cuidados de Intensivos |
| <p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>A realização do trabalho de projeto tem como finalidade a resolução de um problema diagnosticado em meio hospitalar, com o qual nos tenhamos deparado em contexto de estágio. Como indicam Ruivo, Ferrito, Nunes e alunos 7º CLE (2007, p.4) “o projeto é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”. Na realização do presente trabalho irá ser utilizada a metodologia de projeto. Esta centra-se na resolução de problemas e é através desta que se adquirem capacidades e competências para a elaboração e concretização do projeto na situação real. Tal como menciona Guerra (1994, citado por Ruivo, Ferrito, Nunes e alunos 7º CLE, 2007, p.4), a metodologia de projeto é definida como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real”. Ao longo do estágio, irá ser desenvolvido um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) no âmbito da prevenção e controle de infeção visando a segurança da pessoa, no decorrer da sua hospitalização.</p> <p>Para Ascensão (2010, p.72), “os utentes internados nas UCI passaram a ser denominados de utentes em estado crítico, e por utente em estado crítico entende-se, aquele que tem uma condição instável, com possível falência ou com falência efectiva de função de órgão(s) vital(is). No entanto, nas UCI também podem ser admitidos utentes que tenham um elevado risco de desenvolver sérias complicações, em que estas possam ser prevenidas”. Para além destas, outras podem surgir associadas aos cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde, nomeadamente as infeções da corrente sanguínea. Para Loveday <i>et al.</i> (2014, p.338) “a presença de CVC em pessoas em estado crítico é essencial nas UCI, pelo que este é mantido durante um período de tempo aumentando a hipótese de colonização por microorganismos e a manipulação deste ao longo dos turnos para a administração de fluídos e/ou nutrição Parentérica, terapêutica e produtos de sangue predispõe ao risco de infeção”. Também Jardim, Lacerda, Soares e Kosar (2013, p.2) corroboram que é nas UCI's que o CVC é mantido por mais tempo e a pessoa em situação crítica apresenta uma maior probabilidade de colonização por microorganismos devido à manipulação que ocorre várias vezes ao longo do dia para a administração de fluídos, alimentação parentérica, terapêutica e produtos de sangue e derivados.</p> <p>No inquérito de 2012, da Direção Geral de Saúde (DGS) (2013) sobre a prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses, foram identificadas 170 infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS), o que corresponde a uma taxa de prevalência de 0,9 (0,8-1,1) por cem doentes. Em 8,8% (1593) dos doentes, registou-se a presença de um cateter vascular central e em 38 dos doentes, a INCS foi classificada como sendo associada à presença de CVC.</p> <p>Assim sendo, devem ser adotadas medidas preventivas de controlo de infeção e segurança da pessoa. Em relação as medidas preventivas é fundamental o recurso a práticas descritas nas <i>bundles</i>, nomeadamente a utilização de técnica asséptica na realização de pensos e manuseio para administração de terapêutica e a higienização das mãos antes e após os cuidados ao cliente com CVC. Só com o recurso aos princípios descritos nestas é possível aos profissionais de saúde reduzir o risco associado à presença do CVC na pessoa internada numa UCI.</p> |
| Diagnóstico de situação |
| <p>Definição geral do problema</p> <p>Inexistência de Uniformização de Procedimentos prestados à Pessoa com CVC na UCI.</p> |
| <p>Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)</p> <p>A UCI, onde decorre o presente estágio, pertence a um hospital integrado no centro hospitalar central de Lisboa. Segundo a DGS (2003, p.6) as unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”, podendo ser classificadas segundo as técnicas utilizadas e valências disponíveis. De acordo, com a mesma fonte (2003, p.8), as unidades de nível I são caracterizadas pela capacidade de “monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior”. Quanto às unidades de nível III, a DGS (2003, p.8) descreve-as como unidades que devem, preferencialmente, “ter quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em</p> |

presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em unidades intensivos”.

A presente unidade é composta por 4 salas, com capacidade total de 19 camas. Destas, 8 camas, são de nível I, distribuídas por duas salas. As restantes 7 camas são de nível III e encontram-se distribuídas pelas outras duas salas. Há a referir ainda existência de 4 quartos de isolamento de nível III. O método de trabalho utilizado é o individual.

Relativamente à equipa esta é composta por 50 elementos. Estes encontram-se subdivididos em 5 equipas, cada uma com, em média 9 elementos (um chefe de equipa e 8 elementos).

A área de intervenção do presente projeto relaciona-se com a elevada prevalência de pessoas internadas na UCI com CVC, bem como os riscos inerentes. Sendo uma das vias de cateterização de eleição nas UCI, pela instabilidade hemodinâmica destas, é uma técnica que não pode ser considerada inócua. Os cuidados por parte dos profissionais de saúde devem contemplar determinados comportamentos orientados por procedimentos, no sentido de minorar os riscos, nomeadamente o de infeção. O Cateter é um dispositivo médico utilizado em situações de administração de fluídos, terapêutica e de alimentação parentérica, monitorização hemodinâmica, entre outras. A escolha do tipo de cateter depende da situação clínica do cliente, da sua finalidade, do tempo previsto para a sua utilização e do local de colocação. A opção do local de inserção é efetuada pelo médico de acordo com os riscos associados. Os locais mais utilizados para a sua inserção são a veia jugular ou a subclávia. A veia femoral pode ser utilizada, mas os riscos são mais elevados. Ferreira, Andrade e Ferreira (2011, p.1004) salvaguardam que os cateteres inseridos na veia jugular interna possuem maior risco de infeção quando comparados à inserção na veia subclávia, dado a sua proximidade com as secreções da orofaringe e a dificuldade de imobilização do cateter. Por outro lado, consideram que a inserção na veia femoral deve ser evitada pelo elevado risco de complicações, tais como, a trombose venosa profunda e a infeção, particularmente em adultos incontinentes.

Cabe então aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, que passa mais tempo perto da pessoa e é o principal responsável pelo manuseio do catéter, estar alerta para as diferentes complicações que possam advir e, assim, minorar os riscos e contribuindo para a melhoria do estado de saúde da pessoa e sua segurança. A existência de protocolos relacionados com esta temática é de extrema relevância, sendo que estes devem ser orientados segundo as *bundles*. Entende-se por *bundles* como um conjunto e cuidados que tendem a melhorar a segurança da pessoa e a diminuir as complicações inerentes a determinada intervenção. Para Brachine, Peterlini e Pedreira (2012, p.209) “o uso de bundles está diretamente ligado à segurança da pessoa, além de ser enfatizado por especialistas e organismos internacionais como método eficaz para prevenir e reduzir infeção de corrente sanguínea”. Estas, durante os procedimentos que envolvem o CVC, remetem-nos para cinco áreas: a rigorosa higienização asséptica das mãos prévia à sua colocação; a antisepsia do local de inserção com solução alcoólica de clorhexidina; a utilização de equipamentos de proteção individual (luvas esterilizadas, bata estéril, máscara cirúrgica, touca e campo esterilizado); a seleção do local de inserção e a sua remoção. Relativamente à fase de manutenção do CVC, estas são mais específicas. As “*bundles* de manutenção” do CVC, de acordo com Noami, O’Grady *et al.* (2002) e descritas pelo também pelo CDC (2011) incluem a higienização das mãos antes da manipulação do CVC, a desinfecção das conexões e obturadores com a álcool a 70% antes do manuseio do cateter; o registo da substituição do penso do cateter (penso de gaze a cada 48 horas e penso transparente a cada sete dias), o registo com a descrição do local de inserção do cateter. Também Dallé, Kuplich e Santos (2012, p.11) descrevem que as bundles de manutenção incluem a higienização das mãos antes da manipulação do CVC, a desinfecção dos obturadores e conectores com álcool a 70% antes da manipulação do catéter, o registo referente à substituição dos pensos de catéter (os pensos de gaze a cada 48 horas e os transparentes a cada 7 dias), bem como o registo com descrição do local de inserção do CVC.

Só através de medidas de prevenção, em que estas apresentam como finalidade a diminuição dos riscos de infeção associados ao CVC, realçando a importância da realização de protocolos ao nível das instituições, bem como, a formação e informação dos profissionais de saúde. Para Andrade *et al.* (2010, p. 58) a existência de estratégias de prevenção são essenciais para uma melhoria dos cuidados prestados.

Para a realização do trabalho é necessária a envolvimento de toda a equipa, destacando que este tem como objetivo a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados com base na evidência. Segundo a literatura existente sobre o presente tema e embora as bundles sejam do conhecimento dos profissionais a prevalência de infeções associadas à presença do mesmo em pessoas internadas nas UCI é real. Segundo o inquérito da DGS de 2012, a prevalência de outras INCS, como por exemplo, a pneumonia associada à necessidade de ventilação assistida e a presença de cateter urinário sejam mais elevadas, as INCS associadas à presença de CVC ainda apresentam um valor que não pode ser descurado, sendo de extrema importância potenciar comportamentos de mudanças. De acordo com Andrade, Cardoso Pais, Carones e Ferreira (2010, p.58) aludem que “a diminuição da bacteriemia associada ao CVC implica cumprimento de normas antes e durante a inserção, durante a manipulação/manutenção e remoção do dispositivo intravascular”.

A manutenção e manipulação do CVC implica uma correta antisepsia antes, a escolha do material de penso e a mudança de sistemas de perfusão pelo que existência, bem como a importância de determinados procedimentos durante a manutenção do CVC é fundamental (Provonost, 2006; Andrade, Cardoso Pais, Carones e Ferreira, 2010)

Tal como refere Martins (2001, citado por Silva, Oliveira, e Ramos, 2009, p.126) é na manipulação dos cateteres

que “o enfermeiro tem um papel sem duvida preponderante, exigindo-lhe cuidados de qualidade e levados a cabo de forma criteriosa”.

No serviço mencionado é elevada a prevalência de pessoas internadas com catéter, no ano de 2013 existiu um total de 4119 cateteres intravasculares e no ano de 2014, 1282 (valor referente ao 1º trimestre) pelo que pensamos ser de extrema importância abordar o presente tema.

Para a fundamentação da temática recorremos a uma entrevista exploratória com a Sr.^a Enf.^a Chefe e Enf.^a Orientadora, foi exposto o problema após a realização do diagnóstico de situação, tendo sido constatada a sua pertinência. A presença da não uniformização dos cuidados aquando da manutenção/manuseio do CVC é um aspeto relevante e que se encontra presente. Salienta-se a existência de um procedimento sobre práticas de inserção e manutenção de dispositivos intravasculares. O procedimento em causa, designado de “prevenção de infeção relacionada com dispositivos intravasculares no adulto” contempla as recomendações gerais e recomendações adicionais para os diferentes dispositivos intravasculares, nomeadamente o cateter venoso periférico, CVC, cateter de Hemodiálise, cateter da artéria pulmonar e linha arterial. O mesmo foi revisto em 2011 e encontra-se disponível no site do centro hospitalar. De acordo com a Sr. Enf.^a Chefe e Enf.^a Orientadora, o tema para além de pertinente, como já foi referido, apresenta extrema relevância para a realização de boas práticas, fundamentadas e atualizadas com base nas bundles e orientações na manutenção e manipulação do CVC. A não realização de determinados procedimentos, por alguns profissionais de saúde, como por exemplo, a utilização de solução alcoólica aquando do seu manuseio (nomeadamente na substituição de perfusões e/ou substituição de alimentações parentéricas) bem como, a higienização das mãos (antes e após a realização dos procedimentos atrás referidos) demonstra a falta de atualização de conhecimento/informação, sobre o já mencionado procedimento.

Após a inclusão do hospital no Centro Hospitalar o supracitado procedimento está disponível na intranet, atualizando a norma de procedimento já existente no serviço, ficando disponível para consulta. Não ocorreu formação com o intuito de transmissão de informação acerca do atual procedimento. A existência de uma equipa alargada, pode influenciar o processo de divulgação sobre a disponibilidade do referido procedimento, deste modo, a informação sobre a atualização do procedimento não ocorrer devidamente.

Para a fundamentação do projeto será elaborada e aplicada uma grelha de observação realizada de acordo com o procedimento e *bundles*. A elaboração da grelha de observação terá por base uma grelha já existente numa anterior norma da instituição. Será complementada com as orientações e recomendações do procedimento vigente, bem como e com as orientações das bundles para os referidos procedimentos.

A aplicação desta incidirá sobre a fase da manutenção dos CVC, irá decorrer no período de duas semanas. Posteriormente serão trabalhados os resultados e apresentados à Sr.^a Enf.^a Chefe e restante equipa de enfermagem. Para conhecer os fatores que possam apoiar e/ou dificultar a pertinência do referido projeto será elaborado uma análise *SWOT*.

Como pontos fortes da *SWOT* enumeram-se:

- Diminuição da taxa de IACS; a Melhoria dos cuidados prestados à pessoa com CVC; a Melhoria da segurança da Pessoa em situação crítica; a Uniformização de práticas relacionadas com procedimentos de CVC.

Como pontos fracos, descrevem-se:

- Diferentes níveis de conhecimento sobre práticas relacionadas com CVC e a Não uniformização de práticas.

Como Oportunidades realçam-se:

- Diferenciação do serviço; a Valorização da equipa multidisciplinar; a Melhoria das práticas relacionadas com CVC e o Envolvimento da equipa na uniformização das práticas relacionadas com CVC a visibilidade do serviço, através da realização de boas práticas.

Quanto a ameaças para o projeto salienta-se:

- Resistência à mudança pela equipa multidisciplinar e Informação inadequada à equipa.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

No que respeita a problemas parcelares identificam-se como:

Falta de divulgação do procedimento

Falta de conhecimento do procedimento por parte de alguns profissionais

Não atualização de conhecimentos por parte de alguns profissionais

Não consciencialização da importância de boas práticas na manutenção do CVC

Determinação de prioridades

Aprofundar conhecimentos sobre a área para depois desenvolver;

| |
|--|
| <p>Realização de sessão de formação à equipa;</p> <p>Execução de auditoria com a grelha de observação;</p> <p>Análise dos resultados obtidos a partir da grelha de observação;</p> <p>Divulgação dos resultados à Sr.^a Enf.^a Chefe e equipa de enfermagem.</p> |
| <p>Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):</p> <p><u>OBJETIVO GERAL</u></p> <p>Melhorar a qualidade de Cuidados prestados à Pessoa com CVC numa UCI</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u></p> <p>Divulgar junto da equipa de enfermagem as “Bundles” relativas ao CVC</p> <p>Formar os profissionais sobre os cuidados de enfermagem na manipulação do CVC</p> <p>Implementar o projeto</p> |
| <p>Referências Bibliográficas</p> <p>Andrade, A., Cardoso P. P., Carones, N. & Ferreira, M. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central. <i>Revista Portuguesa de Medicina Intensiva</i>, 17(1), 55-59. Acedido Março 30, 2014 em http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_55a59.pdf</p> <p>Ascensão, H. (2010). <i>Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente</i>. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.</p> <p>Brachine, P. D.J, Peterlini, S.A.M. & Pedreira, G. L.M. (2012). Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter centrais: Revisão Integrativa. <i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>, 33(4), 200-210. Acedido a Março 30, 2014 em http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n4/25.pdf</p> <p>Direção Geral de Saúde (2013). Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses – Inquérito 2012. Acedido Abril 8, 2014 em file:///C:/Users/PC/Downloads/i019020.pdf</p> <p>Direção Geral da Saúde – Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Acedido Maio 23, 2014 em http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf</p> <p>Ferreira, F. V. M., Andrade, D. & Ferreira, M.A., (2011). Controle de infecção relacionada a cateter venoso central impregnado com antissépticos: revisão integrativa. <i>Revista Escola Enfermagem USP</i>, 45(4), 1002-1006. Acedido a Março 30, 2014 em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a30.pdf</p> <p>Guerra, I. (1994). In http://www.cfpa.pt/cfpa/pes/meterelatorios.pfd</p> <p>Jardim, M.J., Lacerda, A. R., Soares, D. J. N. & Nunes, K.B. (2013). Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea em um hospital governamental acedido a Março 30, 2014 em file:///C:/Users/PC/Downloads/3662_Avalia%C3%A7%C3%A3o_das_praticas_de_preven%C3%A7%C3%A3o.pdf.</p> <p>Loveday, H.,P. et al. (2014). National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. <i>Journal of Hospital Infection</i>, 86S1, S1-S70. Acedido a Fevereiro 24, 2015 em http://www.sciencedirect.com/science/article/pii</p> <p>Mesiano, B. A. R. E. & Merchán-Hamann, E. (2007). Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. <i>Revista Latino-Americana em Enfermagem</i>. Acedido a Março 30, 2014 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a14.pdf</p> <p>Naomi, P., O’Grady, M., D. et al. (2002). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related</p> |

Infections. *Clinical Infection Diseases*. 35, 1281-1307. Acedido Março 30, 2014 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019665530200250X>

Naomi, P., O'Grady, M., D. et al (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections [em linha]. CDC. Acedido Novembro 11, 2014 em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Pina, T., Maia, M.,J. (2008). Auditoria às práticas de inserção e manutenção de dispositivos intravasculares (Norma 11) – Comissão do controlo de infeção, Hospital Curry Cabral

Pina, T., Maia, M.,J. (2008). Prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares (Norma 11) – Comissão do controlo de infeção, Hospital Curry Cabral

Provonost, P. et al. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New Journal of Medicine*. Vol.355, n.º 26, 2725-2732. Acedido a Novembro 18, 2014, em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa061115>

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. & alunos 7º CLE (2007). Metodologia de Projeto: Colectânea de etapas. *Revista Percursos*, n.15, 1-37.

Silva, A., Oliveira, F., Ramos, M. (2009). Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. *Revista Referência*, n.º 11, 125-134.

Data:25.05.2014 Assinatura: Rosália Mariano

APÊNDICES

APÊNDICE A

Grelha de Observação: **Manutenção de CVC e Realização de Penso**

Grelha de Observação - Manutenção de CVC e Realização de Penso


| Intervenções | | |
|---|-----|-----|
| | Sim | Não |
| Higienização das mãos antes dos procedimentos (1,2,3,4) | | |
| Higienização das mãos após os procedimentos (1,2,3,4) | | |
| Uso correto de EPIs (Luvas, Máscara) (1,2,4) | | |
| Manipulação mínima de conexões (3) | | |
| Aplicação de solução alcoólica ou álcool a 70% nas conexões (1,2) | | |
| Manter as tampas nas torneiras de três vias sempre que o acesso não esteja a ser utilizado (1) | | |
| Substituição de sistemas, torneiras, prolongamentos e conetores efetuada a cada 72 horas (1,2) | | |
| Substituição de tampas com a mesma periodicidade dos sistemas (1,2) | | |
| O penso do local de inserção é mudado sempre que o dispositivo é retirado ou substituído (1) | | |
| Substituição do penso do local de inserção sempre que necessário (1,2) | | |
| Substituição dos pensos, a cada 2 dias (gaze) ou pelo menos a cada 7 dias (transparentes) (1) | | |
| A limpeza do local de inserção é realizada com soro fisiológico (2) | | |
| A desinfecção do local de inserção é realizada com solução alcoólica de clorhexidina (2) | | |
| Substituição de prolongamentos das perfusões de propofol em cada 6 a 12 horas (2) | | |
| Os fluidos de nutrição parentérica perfundem em 24 horas (1) | | |
| A Nutrição parentérica perfunde em via única (2) | | |
| As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas (1) | | |
| Verificar a compatibilidade das perfusões (2) | | |
| Realização de registos (local de inserção, se presença de sinais inflamatórios e/ou exsudado) (2,4) | | |
| Total | | |
| Total de Respostas Aplicáveis | | |
| N.º respostas sim/ N.º respostas aplicáveis * 100 | | |

1 – Procedimento CHLC – Prevenção da infeção relacionada com dispositivos intravasculares no adulto (2011); 2 – Andrade, A., Cardoso P. P., Carones, N., Ferreira, M. (2010); 3 – Pedrolo, E., Lazzari, S., M., L., Oliveira, L., R., G., Mingorance, P., Danski, R., M., T., (2013); 4 – Dallé, J., et al (2012)

APÊNDICE B

Análise SWOT

Análise SWOT

| | | |
|---|--|--|
| <p>Fatores Internos</p>  <p>Factores Externos</p> | <p>Pontos Fortes</p> <p>Diminuição da taxa de IACS</p> <p>Melhoria dos cuidados prestados à pessoa com CVC</p> <p>Melhoria da segurança da Pessoa em situação crítica</p> <p>Uniformização de práticas relacionadas com procedimentos de CVC</p> | <p>Pontos Fracos</p> <p>Diferentes níveis de conhecimento sobre práticas relacionadas com CVC</p> <p>Não uniformização de práticas</p> |
| <p>Oportunidades</p> <p>Diferenciação do serviço</p> <p>Valorização da equipa multidisciplinar</p> <p>Melhoria das práticas relacionadas com CVC</p> <p>Envolvimento da equipa na uniformização das práticas relacionadas com CVC</p> | <p>(Sugestões)</p> <p>Aquisição de boas práticas para outros serviços da instituição</p> <p>Reforço da existência de <i>bundles</i> promotoras para a melhoria de cuidados prestados</p> | <p>(Sugestões)</p> <p>Implementação de novas técnicas no serviço</p> <p>Comunicação ineficaz ao nível das equipas</p> |
| <p>Ameaças</p> <p>Resistência à mudança pela equipa multidisciplinar</p> <p>Informação inadequada à equipa</p> | <p>(Sugestões)</p> <p>Aumento do número de IACS</p> | <p>(Sugestões)</p> <p>Incoerência de resultados após a aplicação da grelha de observação segundo a norma</p> |

APÊNDICE C

Planeamento do PIS

Planeamento do Projeto

| | |
|--|---|
| Estudante: Rosália Maria Simões Mariano (n.º estudante – 130519034) | Orientador: Prof.ª A.R. e Enf.ª M. A. A. |
| Instituição: Hospital de Lisboa Central | Serviço: UCI |
| Título do Projeto: Prestação de Cuidados à Pessoa com Catéter Venoso Central na Unidade de Cuidados Intensivos | |
| Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>): | |
| <u>OBJETIVO GERAL</u> Melhorar a qualidade de Cuidados à Pessoa com CVC numa UCI. | |
| <u>OBJETIVOS Específicos</u> Divulgar junto da equipa de enfermagem as “ <i>Bundles</i> ” relativas ao CVC Formar os profissionais sobre os cuidados de enfermagem na manipulação do CVC Implementar o projeto. | |
| Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços) Sr.ª Professora Doutora A. R.; Sr.ª Enf.ª Chefe – A. F.; Enf.ª Orientadora – M.ª A. A.; Outros elementos da Equipa; Elo de Ligação da CCI; | |
| Data: __29__/06_/2014_ Assinatura: _Rosália Mariano | |

| Objetivos Específicos | Atividades/Estratégias a desenvolver | Recursos | | | Indicadores de Avaliação |
|--|--|--|--|---|---|
| | | Humanos | Materiais | Tempo | |
| Divulgar junto da equipa de enfermagem as “Bundles” relativas ao CVC | Realização de pesquisa bibliográfica; | Elementos da equipa; Sr. ^a Enf. ^a Chefe Enf. ^a Orientadora; | Computador; Base de dados; Canetas; papel; | De acordo como o cronograma | Apresentar o plano de sessão |
| Formar os profissionais sobre os cuidados de enfermagem na manipulação do CVC. | Planeamento da sessão de formação sobre a manutenção do CVC; Elaboração dos aportes da sessão de formação sobre a manutenção do CVC; Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem; Realização da sessão de formação; Avaliação da sessão de formação; | Elementos da equipa; | Papel; caneta; computador; | De acordo como o cronograma | Apresentar o material produzido (power-point) Taxa de adesão à ação de formação (70% dos enfermeiros) |
| Implementar o Projeto. | Aplicação da grelha de observação, durante o período de um mês; Análise dos resultados obtidos a partir da grelha; Exposição dos resultados obtidos à Sr. ^a Prof. ^a Orientadora; Sr. ^a Enf. ^a Chefe e Enf. ^a Orientadora; Elaboração de protótipo do folheto informativo; Distribuição à Sr. ^a Professora Orientadora; Sr. ^o Enf. ^a Chefe e Enf. ^a orientadora; Recolha de sugestões; Elaboração da versão final do folheto; Divulgação dos resultados, durante as passagens de turno; Construção de material de divulgação sobre resultados auferidos; | Elementos da equipa; | Papel; | De acordo com o cronograma 10 min. | Taxa de 70% do cumprimento do procedimento Apresentação do folheto Apresentação de outro material de divulgação elaborado |

Cronograma:

| <u>Setembro</u> | | <u>Outubro</u> | | | | <u>Novembro</u> | <u>Dezembro</u> | | | <u>Janeiro 2015</u> | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------|----------------------------------|--------|-----------------------------------|--------------------------------|--------|--------|---|--|-------|
| 4ª Sem | 5ª Sem | 1ª Sem | 2ª Sem | 3ª Sem | 4ª Sem | | 1ª Sem | 2ª Sem | 3ª Sem | 3ª sem | 4ªsem | 5ªsem |
| Planeamento da sessão de formação | Elaboração da sessão de formação | Divulgação da sessão de formação | | Realização da sessão de formação | | Aplicação da Grelha de Observação | Análise dos resultados obtidos | | | Elaboração do protótipo Folheto Informativo | Divulgação dos resultados/ Construção Material de Divulgação sobre resultados auferidos | |

Orçamento:Recursos Humanos:

Sr.ª Enf.ª. Chefe; Enf.ª Orientadora; Equipa de Enfermagem da UCI; Elo de Ligação da CCI

Recursos Materiais:

Computador; Canetas; Papel; sala para realização da sessão de formação; impressora

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

- Não adesão dos elementos da equipa à sessão de formação, por impossibilidade relativa ao horário previsto para sessão de formação – Marcar o horário da sessão de formação, em concordância com Sr.º Enf.ª Chefe e Enf.ª Orientadora, com a finalidade deste ser mais favorável para que permita a presença de um maior número de elementos na mesma.

APÊNDICE D

Resultados 1ª Fase de Observações

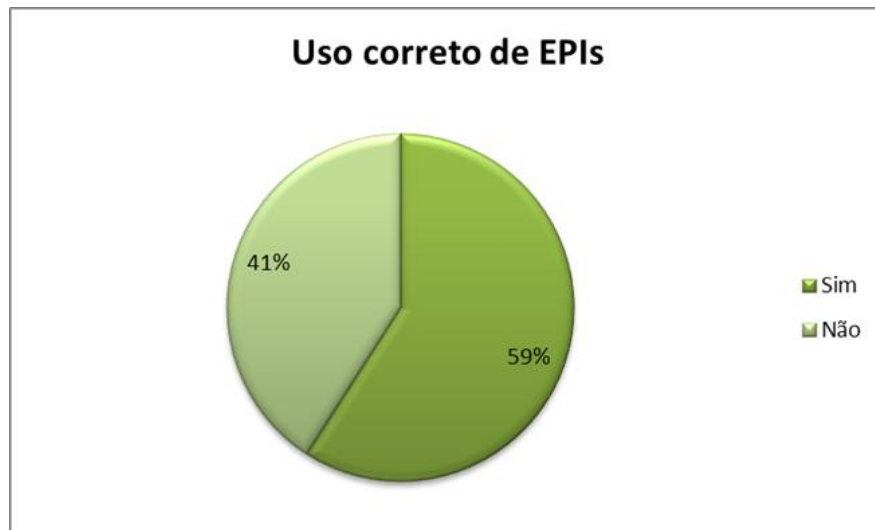
Análise de Resultados 1ª fase de Observações:
Manutenção de CVC e Realização de Penso



Após a observação realizada no período de 30 de Junho a 9 de Julho de 2014, observamos que a higienização das mãos (lavagem das mãos ou desinfecção com SABA®) não era efetuada antes dos procedimentos que contemplavam a realização do penso e/ou manuseio do CVC. Existindo uma taxa de adesão de apenas 10% e uma taxa de não de 90%.



Relativamente à higienização das mãos após os procedimentos existe uma taxa de adesão de 29%. Existe uma maior consciencialização da importância da higienização das mãos após a prestação de cuidados. Contudo verifica-se uma taxa de não adesão à higienização das mãos após os procedimentos de 71%.

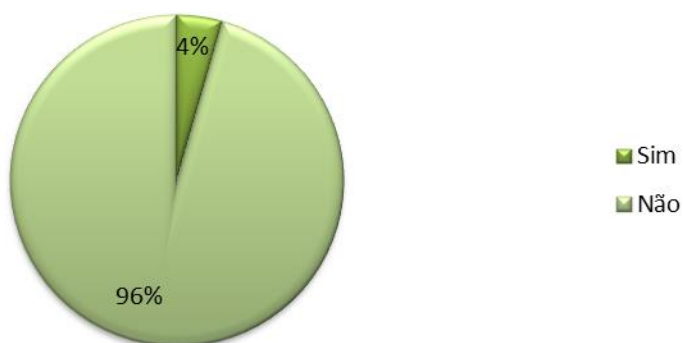


A utilização de EPI's durante os procedimentos efetuados ao cliente portador de CVC, apresentou uma taxa de adesão de 59% dos enfermeiros que recorre ao uso destes, nomeadamente, a utilização de máscara e luvas esterilizadas na realização do penso do catéter. Contudo 41% das observações apresentam uma taxa de não adesão à utilização de EPIs.



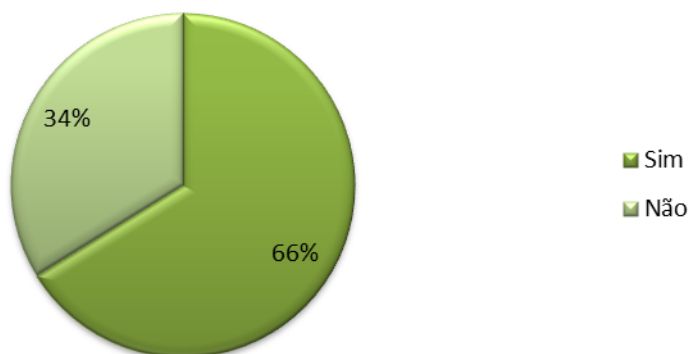
Quanto à manipulação das conexões observou-se uma taxa de adesão de 74% referentes à manipulação mínima das conexões. Todavia 26% das observações realizadas demonstraram uma manipulação excessiva das conexões.

Aplicação de solução alcoólica ou álcool a 70% nas conexões

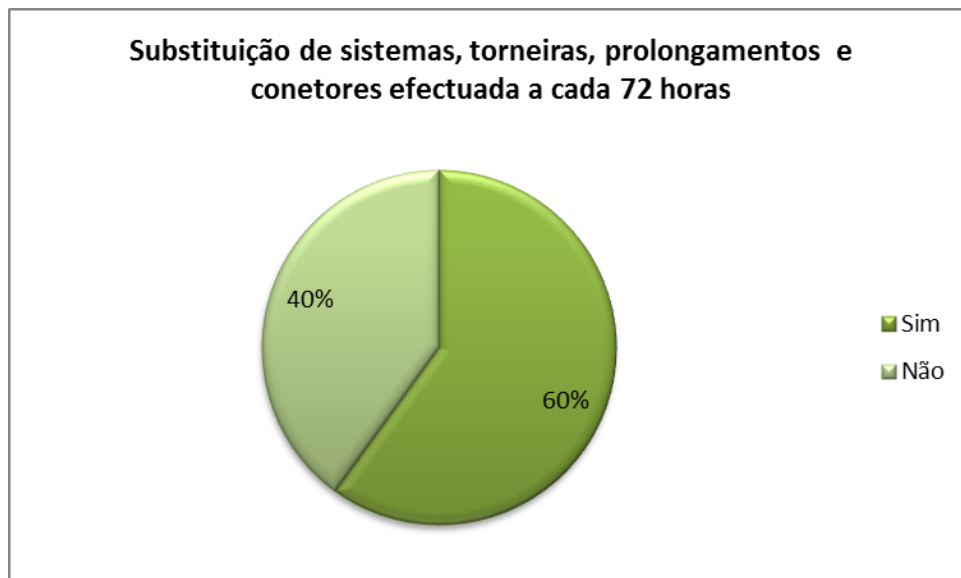


Referente à aplicação de solução alcoólica a 70% deparamo-nos com uma taxa de adesão de 4%. Enquanto 96% das observações realizadas não se verificou a aplicação de solução alcoólica a 70% nas conexões e obturadores.

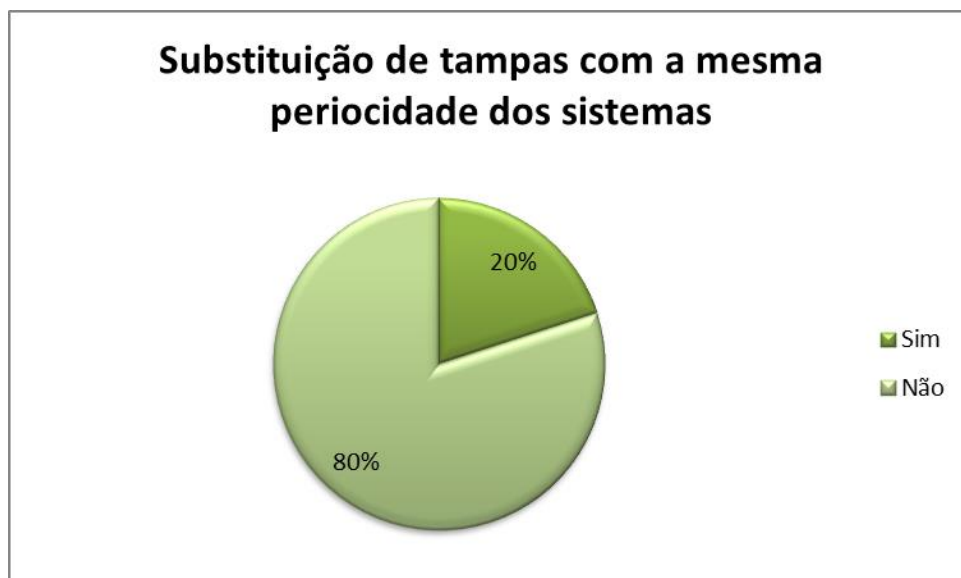
Manter as tampas nas torneiras de três vias sempre que o acesso não esteja a ser utilizado



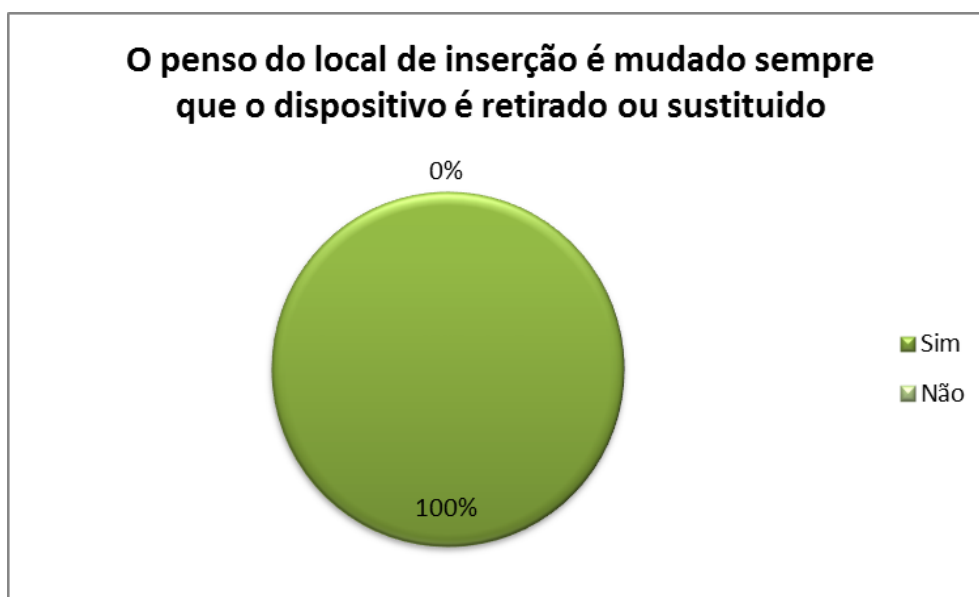
No que respeita a manter as tampas nas torneiras de três vias sempre que o acesso não esteja a ser utilizado verificou-se uma taxa de adesão de 66%. Porém 34% das observações realizadas evidenciaram a existência de torneiras que não apresentavam tampas.



Quanto ao item acima mencionado a observação da substituição dos sistemas, torneiras e conectores foi observada após a receção de uma pessoa em situação crítica vinda do BO. A percentagem não é mais significativa, uma vez que a substituição de sistemas, prolongamentos, torneiras e conectores, realiza-se no turno da noite e as observações foram realizadas durante o turno da manhã.



Por sua vez, verificou-se que a substituição de tampas não é realizada com a mesma periodicidade dos sistemas, uma vez que a substituição dos sistemas é realizada no turno da noite e as referidas observações ocorreram no período da manhã. Contudo foram observadas 5 substituições de tampas (equivalentes a 20%) durante a administração/substituição de terapêutica.

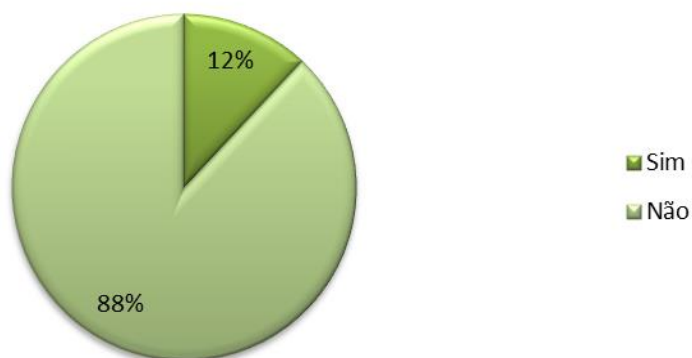


De acordo com o que está preconizado a remoção do CVC ou a sua substituição implica a realização de penso. Este item apresenta uma taxa de adesão de 100% .



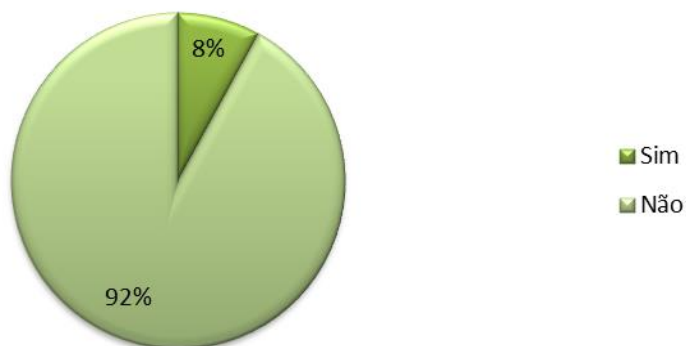
A substituição do penso do local de inserção do CVC sempre que necessário, verificou-se que 68% das observações revelam que esta é realizada por “rotina”. Ou seja, é realizado mesmo que o penso se encontre inteiro. O penso deve ser realizado sempre que este não se encontre inteiro, se encontre descolado ou repassado.

Substituição dos pensos, a cada 2 dias (gaze) ou pelo menos a cada 7 dias (transparentes)



O presente item, sobre a substituição de pensos corrobora com o item anterior. Realça que 88% das observações evidenciam que a substituição dos pensos (de gaze e transparentes) é realizada sem que a durabilidade destes seja equacionada. Outro aspeto observado foi a sobreposição de pensos, isto é, um penso de gaze com um transparente sobreposto, as implicações nesta situação refletem-se a nível de custos associados.

A limpeza do local de inserção é realizada com soro fisiológico

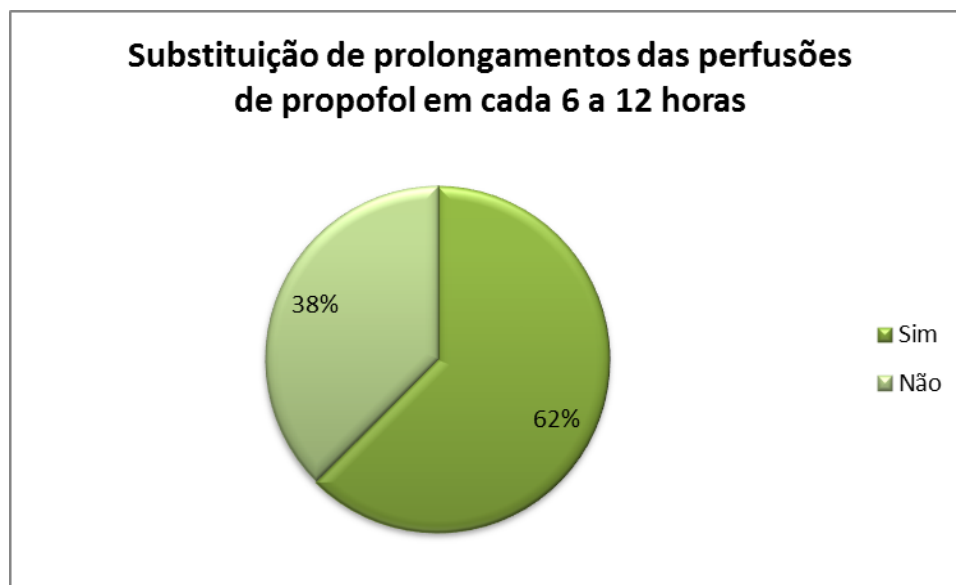


Cerca de 92% das observações realizadas demonstraram que a limpeza do local de inserção com soro fisiológico não é realizada. Esta não é realizada essencialmente por desconhecimento dos enfermeiros. A taxa de adesão de 8% evidencia que um número

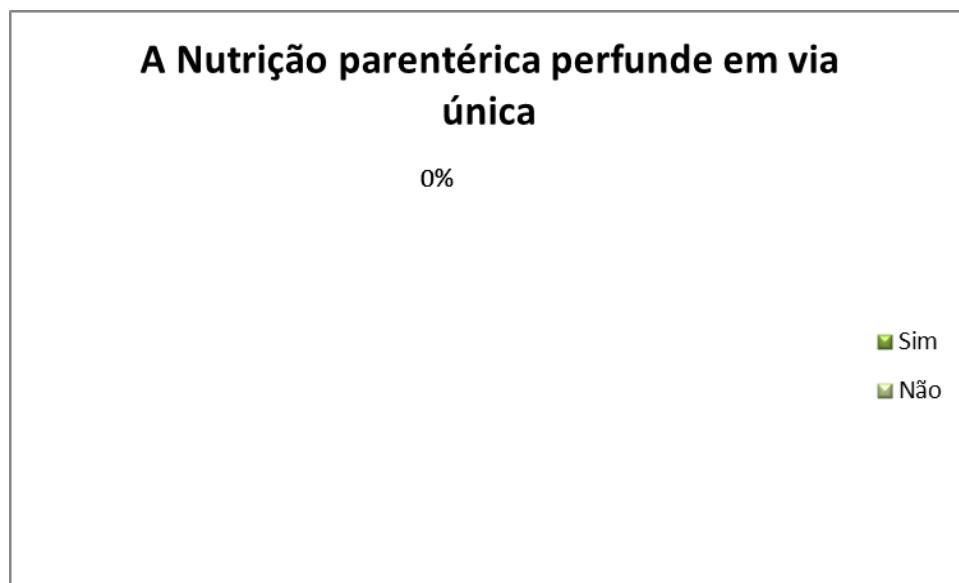
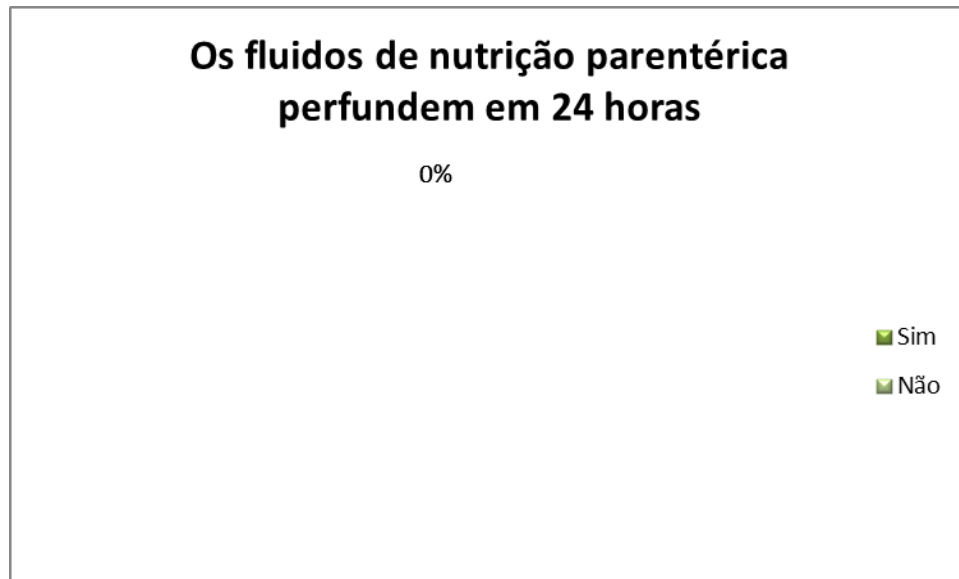
reduzido de profissionais tem conhecimento sobre a realização da limpeza do local de inserção com soro fisiológico.



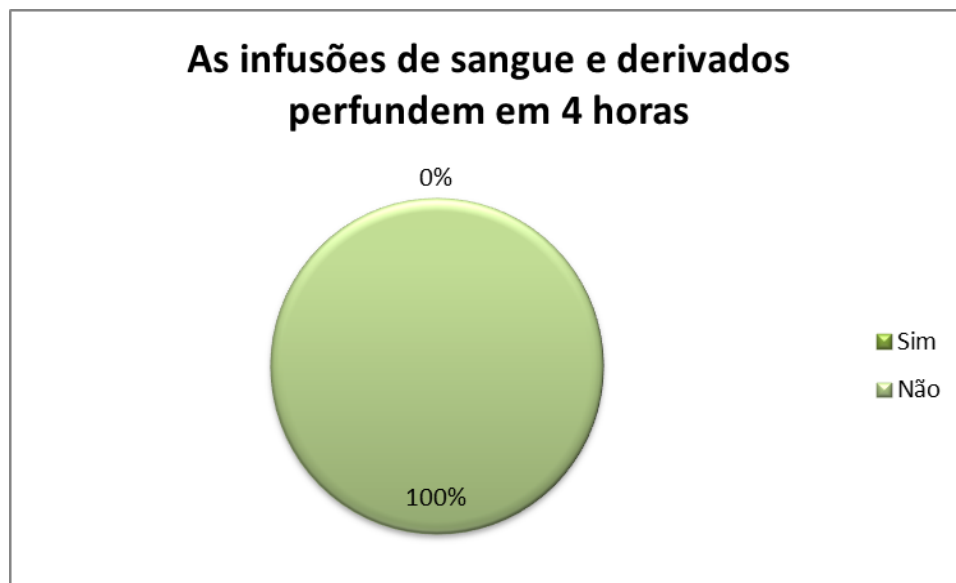
No presente serviço, a desinfecção do local de inserção do CVC não é realizada com solução alcoólica de clorhexidina, mas sim, com solução de álcool isopropílico a 70%, designada de cutasep®. Embora na norma existente na instituição e serviço a solução de clorhexidina seja a recomendada esta não se encontrar disponibilizada no hospital de Lisboa Central e por este motivo que é aplicada a solução de álcool isopropílico a 70%. Por sua vez, esta é também uma das soluções mencionadas no procedimento.



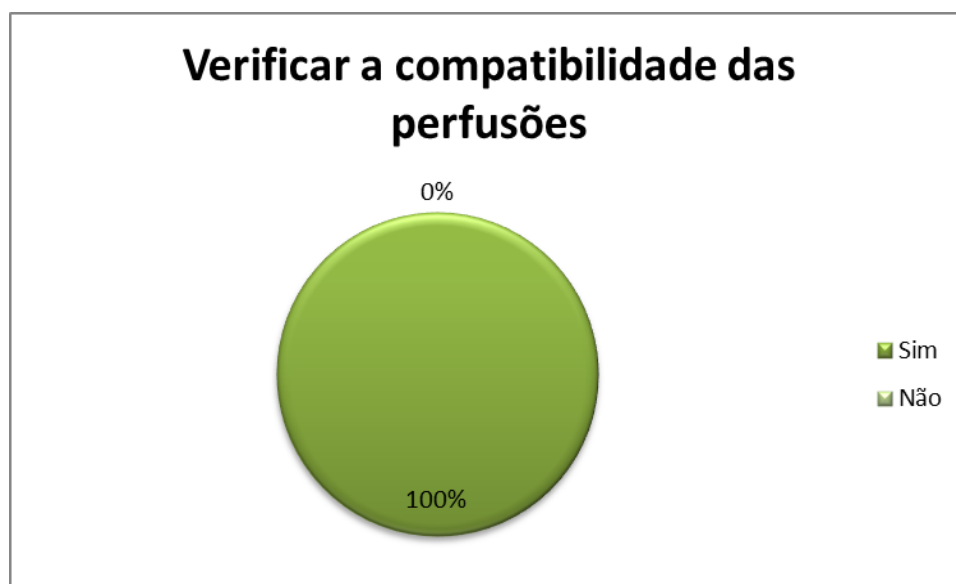
A substituição de prolongamentos das perfusões de propofol, demonstra uma taxa de adesão de 62% realizadas de forma adequada e de acordo com as *bundles* da fase de manutenção de CVC.



Referente aos itens acima referidos, não se observaram resultados porque durante o período em que decorreram as observações não se constatou a administração de nutrição parentérica.



Quanto ao presente item verificou-se que este não é realizado de acordo as orientações. Nesta situação há que considerar a situação clínica na qual o cliente se encontra, por isso, as infusões de sangue e derivados perfudem em menos de 4 horas.



A compatibilidade das perfusões apresenta uma taxa de adesão de 100%. Todos os profissionais demonstram conhecimento sobre a importância da compatibilidade entre fármacos e a sua implicação direta sobre o CVC, ou seja, reações entre fármacos que possam originar obstrução do catéter e consequentemente inviabilizá-lo.



A realização dos registros de enfermagem apresenta uma taxa de adesão de 100%. Os enfermeiros reconhecem não só a importância dos registros de enfermagem, mas sobretudo a importância de um plano de cuidados adequados e atualizados para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa.

APÊNDICE E

Plano de Sessão de Formação

Sessão de Formação:

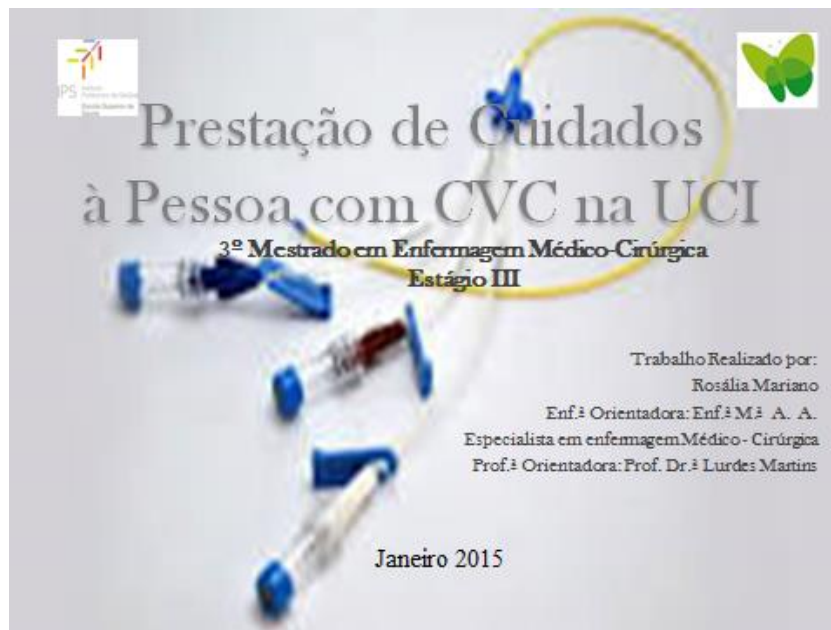
Prestação de Cuidados à Pessoa com CVC na UCI

| | |
|--------------------------------|--|
| Data: | 07 de Janeiro de 2014 |
| Horário: | 14H00-14H30 |
| Duração da Sessão de Formação: | 15 minutos |
| Destinatários: | Enfermeiros da UCI |
| Formador: | Rosália Mariano (estudante 3º MEMC da Escola Superior Saúde Setúbal – IPS) |

| | |
|-------------------|---|
| Tema Abordado: | <i>Bundles</i> associadas ao CVC, nomeadamente sobre a fase da manutenção e o seu contributo na melhoria da prestação de cuidados à pessoa com CVC. |
| Objectivos: | Divulgar os resultados obtidos, na 1ª fase de observação realizada em contexto de estágio durante o período de 30 de Junho a 09 de Julho de 2014. |
| | Realçar a norma existente no serviço e a relação com as “ <i>bundles</i> ” associadas ao CVC, nomeadamente sobre a fase da manutenção. |
| Método expositivo | Power-Point |
| Recursos: | Sala de Trabalho; Mesa de apoio; Computador; Cadeiras; Folhas; Canetas; |

APÊNDICE F

Sessão de Formação: **Prestação de Cuidados à Pessoa com CVC na UCI**



Objetivos

- Divulgar os resultados obtidos, na 1ª fase de observação realizada em contexto de estágio durante o período de 30 de Junho a 09 de Julho de 2014.
- Realçar a norma existente no serviço e a relação com as “*bundles*” associadas ao CVC, nomeadamente sobre a fase da manutenção.

Bundles da Inserção do CVC

- ☐ Rigorosa higienização das mãos;
- ☐ Antissepsia do local de inserção com solução alcoólica de clorohexidina;
- ☐ Utilização de EPIs (luvas e bata esterilizadas, máscara cirúrgica, touca e campo esterilizado);
- ☐ Selecção do local de inserção;
- ☐ Remoção (sempre que necessário).

Bundles de Manutenção do CVC

- ❑ **Manipulação do CVC:**
No manuseio: Desinfecção dos obturadores e conexões com álcool a 70%;
Na realização do penso: Limpeza do local inserção com SF e antisepsia com solução de clorhexidina;
- ❑ **Mudança do Penso:**
 Gaze 48h;
 Transparente a cada 7 dias;
- ❑ **Mudança de sistemas**
 72/72h sistemas de administração EV;
 6 a 12h infusões de propofol;
 24h para perfusões e AP;
 4h para hemoderivados;
- ❑ **Registro com a descrição do local de inserção.**

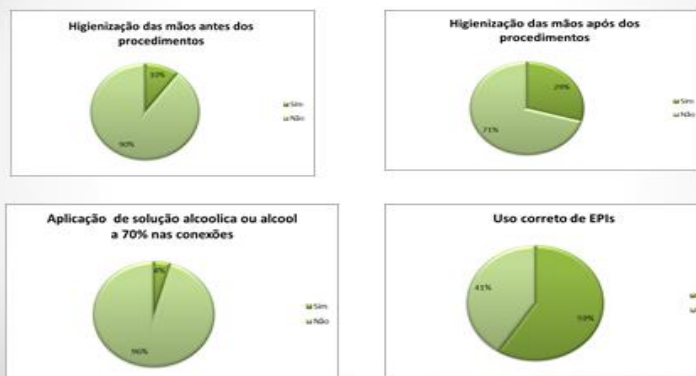
Fonte: Procedimento Multicêntrico. Prevenção da Infecção Relacionada com dispositivos intravasculares no adulto (2011)

Grelha de Observação

| Intervenções | Sim | Não | Taxa de Adesão |
|--|-----|-----|----------------|
| Higienização das mãos antes dos procedimentos (1,2,4) | | | 10% |
| Higienização das mãos após os procedimentos (1,2,4) | | | 29% |
| Uso Correto de EPIs (1,2,4) | | | 59% |
| Aplicação de solução Alcoólica a 70% nas conexões (1,2) | | | 4% |
| Substituição dos sistemas, torneiras, prolongamentos e conectores efectuada a cada 72h (1,2) | | | 60% |
| Substituição dos pensos, a cada 2 dias (gaze ou pelo menos a cada 7 dias (transparentes) (1) | | | 12% |
| Limpeza do local de inserção é realizada com Soro Fisiológico (1) | | | 8% |
| A desinfecção do local de inserção é realizada com solução de Clorhexidina (1) | | | 0% |
| Substituição de prolongamentos das perfusões de propofol (6 a 12 horas) (1,2) | | | 62% |
| Verificar a compatibilidade das perfusões (1) | | | 100% |

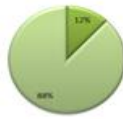
1 – Procedimento CHIC – Prevenção da Infecção relacionada com dispositivos intravasculares no adulto (2011); 2 – Andrade, A., Cardoso P. P., Campos, N., Ferreira, M. (2012) 3 – Pedrola, E., Lazzari, S. M., L., Oliveira, L., R. G., Mingosma, P., D'Amato, R. M., T. (2012); 4 – Dele, S., et al (2012)

Resultados 1ª Fase de Observação



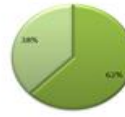
Resultados 1ª Fase de Observação

Substituição dos pensos, a cada 2 dias (gaze) ou pelo menos a cada 7 dias (transparentes)



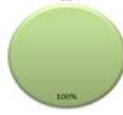
Sim
Não

Substituição de prolongamentos das perfusões de propofol em cada 6 a 12 horas



Sim
Não

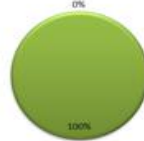
A desinfecção do local de inserção é realizada com solução alcoólica de clorhexidina



Sim
Não

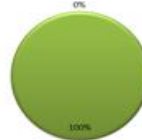
Resultados 1ª Fase de Observação

Realização de registos (local de inserção, se presença de sinais inflamatórios e/ou exsudado)



Sim
Não

Verificar a compatibilidade das perfusões



Sim
Não

Conclusão

☐ Higienização das mãos

antes dos procedimentos - taxa de adesão de 10%

após os procedimentos - taxa de adesão de 29%

☐ Aplicação de solução alcoólica ou álcool a 70% nas conexões revelou uma taxa de adesão de apenas 4%.

☐ Uso correto de EPIs, demonstrou uma taxa de adesão de 59% (mascara e luvas)

Conclusão (Cont.)

- ❑ Desinfecção do local de inserção é realizada com solução alcoólica de clorhexidina apresentou 100% taxa de **não** adesão (Instituição não possui substância)
- ❑ Substituição dos prolongamentos das perfusões de propofol em cada 6 a 12h, com uma taxa de adesão de 62%
- ❑ Quanto à verificabilidade da compatibilidade das perfusões e registros de enfermagem sobre o local de inserção do CVC, ambos apresentaram uma taxa de adesão de 100%.

Dúvidas



Questões

APÊNDICE G

Grelha de Avaliação da Sessão de Formação

Avaliação Global da Sessão de Formação

Sessão de Formação: Prestação de Cuidados à Pessoa com CVC na UCI

Colegas usando a escala que apresentamos abaixo peço a sua colaboração na avaliação da sessão de formação realizada.

1- Fraco 2-Satisfatório 3- Bom 4- Muito Bom

Avaliação Geral da Sessão de Formação

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Os objectivos propostos foram cumpridos | | | | |
| A metodologia utilizada foi adequada | | | | |
| O espaço onde decorreu a sessão foi adequado | | | | |
| O equipamento informático foi adequado | | | | |
| A sessão de formação vai ter impacto na minha actividade profissional | | | | |

Avaliação do Formador

| Conhecimentos/Conteúdos | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Os conteúdos foram adequados | | | | |
| O formador demonstrou dominar os conteúdos | | | | |
| A informação disponibilizada foi adequada | | | | |
| Exposição | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A linguagem utilizada foi clara e assertiva | | | | |
| Apresentou capacidade de esclarecer dúvidas | | | | |
| | | | | |

Sugestões: _____

Muito Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE H

Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação

Sessão de Formação:

**Prestação de Cuidados à Pessoa com
CVC na UCI**



Formadora: Rosália Mariano (Estudante 3º MEMC)

Data: 07 de Janeiro de 2014

Horário: 14H00/14H30

Local: Sala de Trabalho da UCI

APÊNDICE I

Cronograma (Alterado)

Cronograma (Alterado):

| Outubro | | | | Novembro | | | | Dezembro | | | Janeiro 2015 | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--|--------|--------|--------|----------------------------------|--------|--------|-----------------------------------|--------|---|-------|
| 1ª Sem | 2ª Sem | 3ª Sem | 4ª Sem | 1ª e 2ª Sem | 3ª Sem | 4ª Sem | 5ª Sem | 1ª Sem | 2ª Sem | 3ª Sem | 2ª sem | 3ª Sem | 4ªsem | 5ªsem |
| Planeamento da sessão de Formação | | | | Elaboração da sessão de Formação Divulgação da Sessão de Formação | | | | Realização da sessão de formação | | | Aplicação da Grelha de Observação | | Análise dos resultados obtidos Elaboração do protótipo Folheto Informativo Divulgação dos resultados/ Construção Material de Divulgação sobre resultados aferidos | |

APÊNDICE J

Cronograma Final

Cronograma Final:

| <u>Outubro</u> | | | | <u>Novembro</u> | | | | <u>Dezembro</u> | | | <u>Janeiro 2015</u> | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|----------------------------------|--------|--------|--------|----------------------------------|--------|--------|---|--------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1ª Sem | 2ª Sem | 3ª Sem | 4ª Sem | 1ª e 2ª Sem | 3ª Sem | 4ª Sem | 5ª Sem | 1ª Sem | 2ª Sem | 3ª Sem | 2ª sem | 3ª Sem | 4ª Sem | 5ªsem |
| Planeamento da sessão de Formação | | | | Elaboração da sessão de Formação | | | | Divulgação da sessão de formação | | | Realização da sessão de formação informal | | Aplicação da Grelha de Observação | Análise dos resultados obtidos |

APÊNDICE L

Resultados da 2ª fase de Observações

Análise de Resultados 2ª fase de Observações:
Manutenção de CVC e Realização de Penso



Relativamente à higienização das mãos antes dos procedimentos constatamos uma taxa de adesão de 7%. Existindo uma taxa não adesão de 93% em que os enfermeiros não procediam à higienização das mãos antes dos procedimentos.



Relativamente à lavagem das mãos após os procedimentos, verificamos uma taxa de adesão de 38%. Quanto à realização da higienização das mãos após os procedimentos, constatou-se uma taxa de não adesão de 62%.

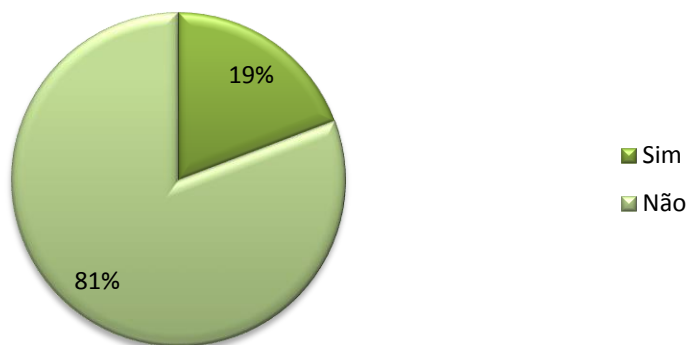


Quanto à utilização de EPI's durante os procedimentos efetuados ao cliente portador de CVC, existe uma taxa de adesão de 55%. Verificou-se a utilização de máscara e luvas esterilizadas na realização do penso do cateter, respetivamente máscara e luvas esterilizadas. Todavia apuramos uma taxa de não adesão de 45% das observações. A taxa de não adesão incide sobretudo sobre a não utilização de EPI's durante a substituição e administração de terapêutica.



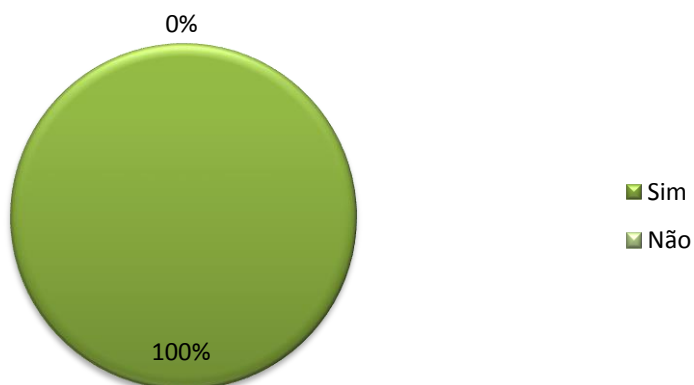
Quanto à manipulação das conexões constatou-se uma taxa de adesão de 100%.

Aplicação de solução alcoólica ou álcool a 70% nas conexões



Quanto à aplicação de solução alcoólica (ou álcool isopropílico a 70%) sobre a referida substância no manuseio das conexões no CVC, deparamo-nos com uma taxa de adesão de 19%

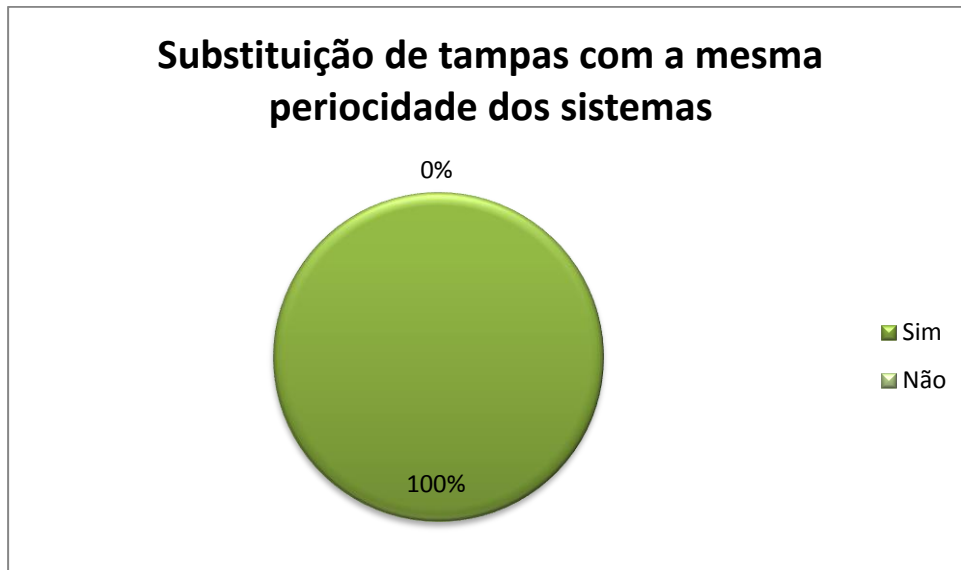
Manter as tampas nas torneiras de três vias sempre que o acesso não esteja a ser utilizado



No que respeita ao facto das torneiras de três vias apresentarem tampas, nesta 2ª fase de observações verificou-se uma taxa de adesão de 100%, contrariamente ao que se verificou na 1ª fase.

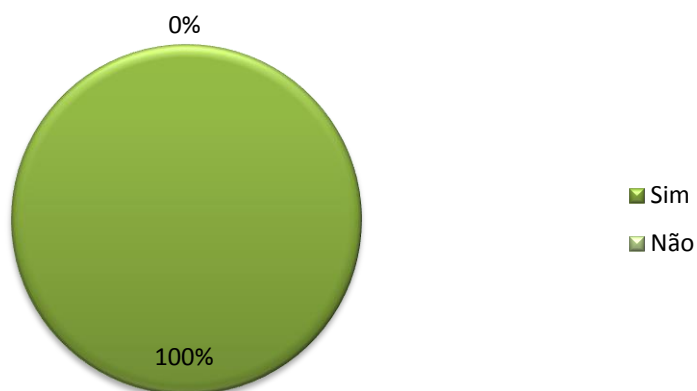


Quanto ao item acima mencionado a observação da substituição dos sistemas, torneiras e conetores foi observada após a receção de pessoas em situação crítica vindas do BO. É de referir que a taxa de adesão neste item é condicionada, uma vez que a substituição de sistemas, prolongamentos e conectores é realizada durante o turno da noite e as observações decorreram durante o turno da manhã.



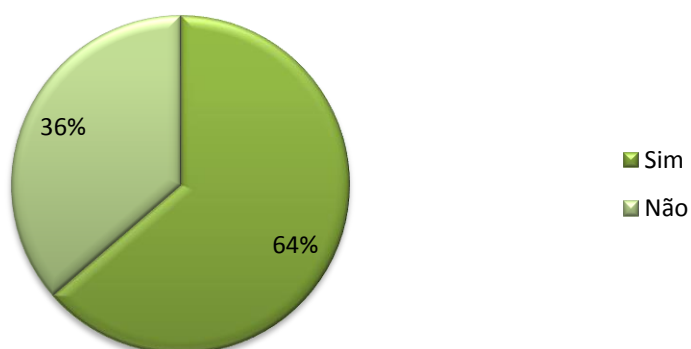
Nesta fase de observações verificou-se uma taxa de adesão de 100% no que respeita à substituição de tampas com a mesma periodicidade dos sistemas. Este resultado, está de acordo com, o item anteriormente referido.

O penso do local de inserção é mudado sempre que o dispositivo é retirado ou substituído



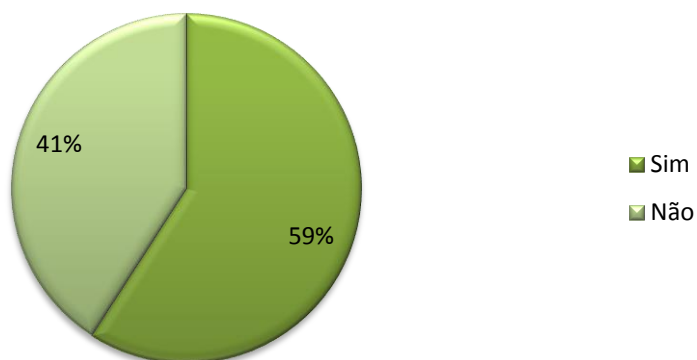
De acordo com o que está preconizado a remoção ou substituição do CVC implica a realização de penso. Este item apresenta uma taxa de 100%.

Substituição do penso do local de inserção sempre que necessario



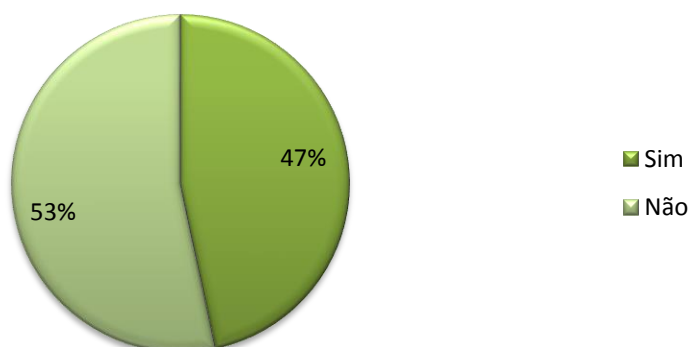
De acordo com a substituição do penso do local de inserção do CVC sempre que necessário, verificou-se uma taxa de adesão de 64% e uma taxa de não adesão de 36%.

Substituição dos pensos, a cada 2 dias (gaze) ou pelo menos a cada 7 dias (transparentes)



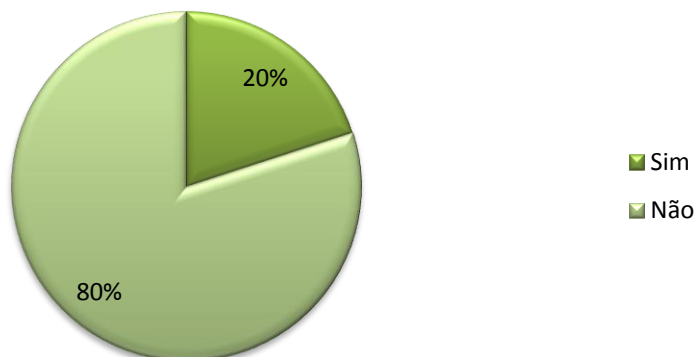
O presente item realça uma taxa de não adesão de 41% da substituição dos pensos. Contudo, a taxa de adesão de 59%.

A limpeza do local de inserção é realizada com Soro Fisiológico (2)



A limpeza do local de inserção com SF, apresentou uma taxa de adesão de 47%. A aplicação do SF, para limpeza do local de inserção era desconhecido para a maioria dos enfermeiros do serviço.

A desinfecção do local de inserção é realizada com solução alcoólica de clorhexidina



No presente serviço, a desinfecção do local de inserção do CVC não é realizada com solução alcoólica de clorhexidina, mas sim, com solução alcoólica 70%, uma vez que é esta a substância que o serviço possui. Embora a Sr.^a Enf.^a Chefe tivesse solicitado anteriormente à farmácia do Hospital de Lisboa Central, a solução de clorhexidina só foi disponibilizada e rececionada no serviço aquando da 2^a fase de observações (dia 21 de Janeiro de 2015). Neste sentido, a taxa de adesão ser de apenas 20%. É de referir que a taxa de não adesão de 80%, realça a aplicação da outra substância referida na norma institucional, o Cutasept®.

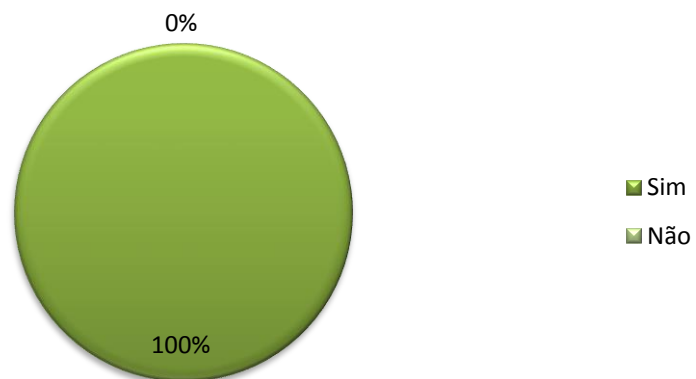
Substituição de prolongamentos das perfusões de propofol em cada 6 a 12 horas

0%

■ Sim
■ Não

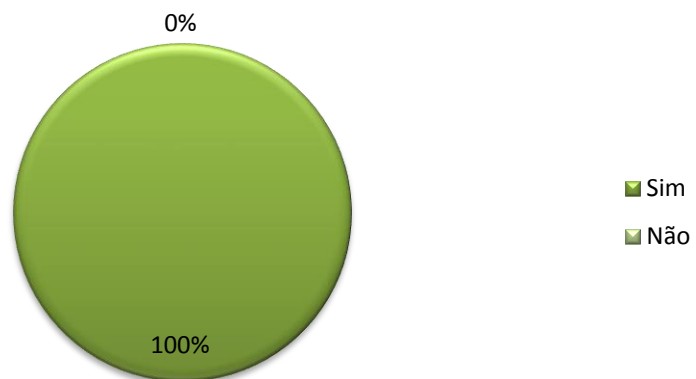
Relativamente a este item, não apresentamos valores, uma vez, que no período em que decorreram as observações nenhum dos clientes internados na UCI tinham prescrito perfusões de propofol.

Os fluidos de nutrição parentérica perfundem em 24 horas



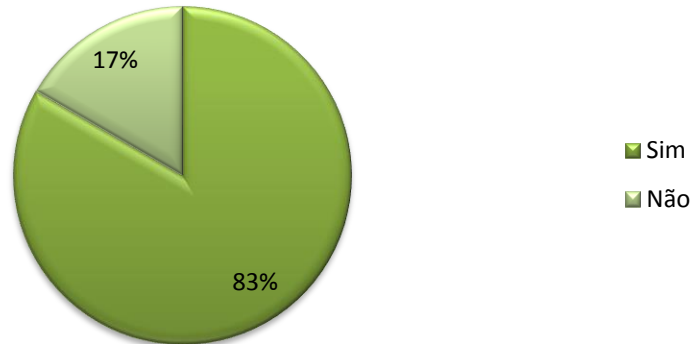
Relativamente aos fluidos de nutrição parentérica, estas apresentam uma taxa de adesão de 100% no que respeita à perfusão das mesmas, ou seja, perfundem em 24 horas.

A Nutrição parentérica perfunde em via única



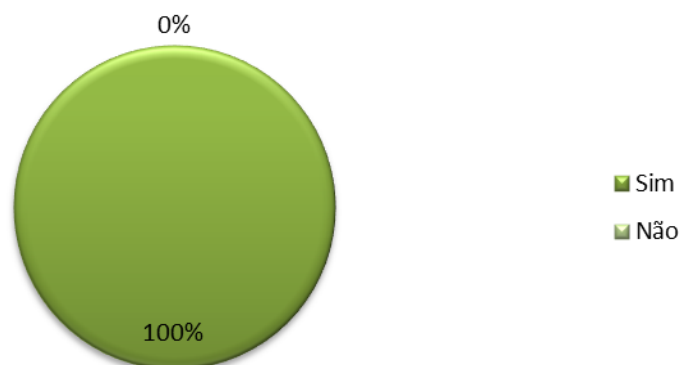
Quanto à sua perfusão em via única verificou-se uma taxa de adesão de 100%.

As infusões de sangue e derivados perfundem em 4 horas



Embora se tenha verificado uma taxa de adesão de 83%, no que respeita ao item supracitado, há que referir que a taxa de não adesão de 17% corresponde às situações clínicas perante as quais os clientes se encontram.

Verificar a compatibilidade das perfusões



A compatibilidade das perfusões mantêm uma taxa de adesão de 100%.



A realização dos registos de enfermagem mantêm uma taxa de adesão de 100%.

APÊNDICE M

Planeamento PAC: Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Planeamento PAC: Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Estudante: Rosália Maria Simões Mariano (n.º 130519034)

Instituição: Hospital C. I. S.

Serviço: Unidade de Cuidados Paliativos

Objetivo Geral: Desenvolver Competências na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Objetivo Específico: Conhecer dinâmica de uma UCP

| Objetivo Específico | Atividades/Estratégias a desenvolver | Recursos | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|--|-----------------------------|
| | | Humanos | Materiais | Tempo |
| Conhecer a dinâmica de uma UCP | <p>Comparecer na reunião com Sr.^a Enf.^a. Chefe do Serviço e Sr.^a Enf.^a Coordenadora da UCP;</p> <p>Efetuar pesquisa bibliográfica;</p> <p>Realizar estágio de observação;</p> | Equipa Multidisciplinar | <p>Material de consulta (existente na unidade)</p> <p>Aportes teóricos disponibilizados em contexto académico</p> <p>Material de Pesquisa</p> <p>Computador</p> <p>Canetas e papel</p> | Novembro e Dezembro de 2014 |

APÊNDICE N

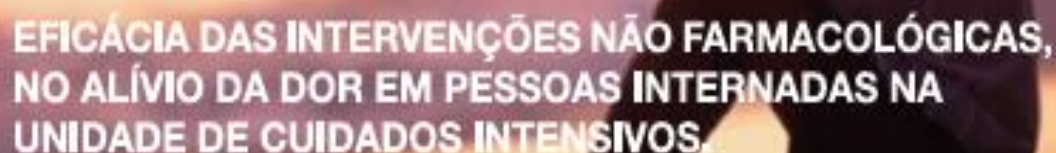
Cronograma PAC: Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crônica e Paliativa

Cronograma:

| <u>Novembro</u> | | | <u>Dezembro</u> | |
|--|----------------------------|--|---|-------------------------------------|
| 1ª Sem | 2ª Sem | 3ª, 4ª e 5ª Sem | 1ª e 2ª Sem | 3ª Sem |
| Solicitação de Estágio – Entrevista com Sr.ª Enf.ª Chefe | Envio do Pedido de Estágio | Aguardar Resposta por parte da Direção de Enfermagem e chefia do serviço Realização de Pesquisa Bibliográfica | Receção do mail com resposta ao pedido solicitado Realização de Pesquisa Bibliográfica | Realização do estágio de observação |

APÊNDICE O

**Poster – Intervenções Não Farmacológicas no Alívio da Dor em Pessoas internadas na
Unidade de Cuidados Intensivos**



INTRODUÇÃO

OBJETIVO

METODOLOGIA

RESULTADOS

A música utilizada de forma terapêutica pretende que a mente dos participantes trave por caminhos insonháveis, e possibilite o estímulo à memória afetiva, podendo reverter numa estratégia para o regresso de sentimentos e lembranças do passado de sensações prazerosas⁴.

CONCLUSÃO

A avaliação da dor é uma função inerente à prática de enfermagem. É também uma das competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica e contemplada nos padrões de qualidade de enfermagem à pessoa em situação crítica. As intervenções não farmacológicas permitem a melhoria da qualidade de vida e o aumento do bem-estar. O objetivo principal desta área de intervenção assenta essencialmente na promoção do conforto, alívio da dor e na prevenção de complicações.

APÊNDICE P

Artigo Científico: Prestação de Cuidados à Pessoa com Catéter Venoso Central na Unidade de Cuidados Intensivos

Prestação de Cuidados à Pessoa com Catéter Venoso Central na Unidade de Cuidados Intensivos

Rosália Mariano*
Prof.^a Dr.^a Lurdes Martins**

Resumo

A existência de pessoas em estado crítico na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) predispõe ao recurso de procedimentos invasivos, bem como ao uso de dispositivos médicos, como o Catéter Venoso Central (CVC). A sua colocação apresenta várias indicações de entre as quais a administração de soluções endovenosas e alimentação parentérica e a monitorização hemodinâmica.

A prevalência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) nas pessoas internadas na UCI com CVC é elevada e deve ser valorizada, pelo que a existência de protocolos e orientações baseadas em *bundles* é fundamental.

As *bundles* são um conjunto de procedimentos que permitem aos profissionais de saúde uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da segurança da pessoa. As *bundles* referentes ao CVC são descritas como as de inserção e da fase de manutenção.

A fase de manutenção do CVC é a que se encontra mais direcionada para o enfermeiro, por ser ele quem passa mais tempo perto da pessoa e quem procede à manipulação do CVC na maioria das vezes.

Torna-se, por isso, essencial uma ampla divulgação das *bundles* relativas ao CVC junto dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, para a sua implementação.

Palavras – Chave: CVC; Infecções associadas aos cuidados de saúde; Unidade de Cuidados Intensivos; *bundles*.

Abstract

Critically ill patients in Intensive Care Units (ICUs) imply the need of invasive procedures, as well as the need of using special medical devices, such as the Central Venous Catheter (CVC). CVCs are indicated for the administration of intra-venous (IV) fluids, parenteral feeding and hemodynamic monitoring.

The prevalence of Bloodstream infections (BSIs) in ICU patients with CVC is high and should be considered. Therefore protocols and guidelines based on the existing bundles are fundamental.

Bundles are a set of recommended procedures that allow health care professionals, particularly nurses, to improve the quality of health care and the patient's safety. CVC bundles are divided in CVC Insertion Bundles and CVC Maintenance Bundles.

The maintenance of CVCs is the phase in which nurse staff have the most relevant role, since they are the ones who spend more time with patients and who access CVCs more frequently.

Therefore spreading CVC Insertion and Maintenance Bundles to health care professionals, such as nurse staff, is essential to the implementation of bundles.

Key-words: CVC; Bloodstream – infections; ICU; bundles;

*Enfermeira do Hospital CUF Infante Santo, estudante do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESS-IPS

**Professora Doutora em Enfermagem Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente ESS-IPS.

Introdução

As IACS, são definidas como infeções “nosocomiais” ou hospitalares quando afetam as pessoas nos hospitais ou em outra instituição de saúde, durante a prestação de cuidados, em que esta não estava presente no período de admissão (WHO, 2011, p.1)

Constituem um problema de saúde pública pela elevada taxa de morbilidade e mortalidade e custos associados. Os principais riscos encontram-se associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e presença de microorganismos multirresistentes. As causas mais frequentes relacionam-se sobretudo com a prestação de cuidados e comportamentos humanos. Deste modo, a existência/prevalência destas “gera uma componente crítica relativamente aos programas de segurança da pessoa”. (Pina, Ferreira, Marques e Matos, 2010, p.28)

Na UCI o recurso aos dispositivos médicos para a monitorização hemodinâmica é essencial dada a instabilidade da pessoa. O catéter é o dispositivo médico mais utilizado em situações de administração de fluídos e terapêutica endovenosa, administração de alimentação parentérica, monitorização hemodinâmica, entre outras.

De acordo com Jardim, Lacerda, Soares e Kosar (2013, p.2) é nas UCI's que "o CVC é mantido por mais tempo o que contribui para uma maior predisposição da pessoa à colonização por microorganismos dada a sua manipulação ocorrer várias vezes ao longo do dia, quer para administração de fluídos quer para a administração de alimentação parentérica, fármacos, sangue e derivados".

Também Loveday, *et al.* (2014, p. S28) "a presença do CVC em pessoas em estado crítico é essencial nas UCI, pelo que este é mantido durante um período de tempo alargado em que a hipótese de colonização por microorganismos e a sua manipulação ao longo dos turnos para a administração de fluídos e/ou nutrição Parentérica, terapêutica e produtos de sangue predispõem ao risco de infeção".

A escolha do catéter depende da situação clínica da pessoa, da sua finalidade, do tempo previsto para a sua utilização e do local de colocação. A opção do local de inserção é efetuada pelo médico de acordo com os riscos associados. Os locais mais utilizados para a sua inserção são a veia jugular ou a subclávia. A veia femural pode ser utilizada, mas os riscos são mais elevados.

Ferreira, Andrade e Ferreira (2011, p.1004) salvaguardam que os "catéteres inseridos na veia jugular interna possuem maior risco de infeção quando comparados à inserção na veia subclávia, dado a sua proximidade com as secreções da orofaringe e a dificuldade de imobilização do catéter. Por outro lado, consideram que a inserção na veia femural deve ser evitada pelo elevado risco de complicações, tais como, a trombose venosa profunda e a infeção, particularmente em adultos incontinentes".

Para Provonost, Needham *et al.* (2006, p. 2726) a "existência das bundles de inserção conduzem à diminuição em cerca de 66% da ocorrência das IACS associadas à colocação de CVC".

Os mesmos autores (2006, p.2726) descrevem "as *bundles* de inserção como: a higienização das mãos, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) durante a colocação, a desinfeção do local de inserção com solução de clorohexidina, a seleção do local de inserção e a remoção do CVC sempre que este se torne desnecessário".

Como refere Martins (2001, citado por Silva, Oliveira e Ramos, 2009, p.126) é na manipulação dos cateteres que "o enfermeiro tem um papel sem duvida preponderante, exigindo-lhe cuidados de qualidade e levados a cabo de forma criteriosa".

As *bundles* de manutenção do CVC segundo Noami, O'Grady *et al.* (2002); Dallé, Kuplich e Santos (2012), e de acordo com o CDC (2011) incluem a higienização das mãos antes da manipulação, a desinfeção dos obturadores e conexões com álcool a 70% antes do manuseio do catéter, o registo e substituição do penso do catéter (a cada 48 horas para pensos de gaze e a cada sete dias para pensos transparentes), bem como o registo com a descrição do local de inserção do catéter.

Assim, a existência de medidas de prevenção através da elaboração de protocolos, formação e transmissão de informação aos profissionais de saúde que promovam a diminuição dos riscos de infeção associados é fundamental.

Também Pina *et al.* (2010, p.30) mencionam que a "utilização de protocolos de cuidados atualizados, formação e treino de profissionais, tipo de catéter, local de inserção, desinfeção da pele na colocação e no manuseamento, tipos de penso utilizados, manuseamento das linhas de infusão" contribuem para a diminuição das IACS, a melhoria dos cuidados prestados e a segurança do cliente.

Andrade *et al.* (2010, p.58) atestam que a existência de estratégias de prevenção são essenciais para a melhoria dos cuidados prestados.

Metodologia

Para a realização deste trabalho foi utilizada a metodologia trabalho de projeto, que se caracteriza pela elaboração de um diagnóstico relacionado com um problema detetado e experienciado na *práxis*.

Para Ruivo, Ferrito, Nunes e Alunos 7º CLE (2010, p.3) a metodologia de projeto “tem como objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real”.

A área de intervenção do presente projeto relaciona-se com a elevada prevalência de pessoas internadas na UCI com CVC. Devido à instabilidade hemodinâmica da pessoa, apesar de ser uma das vias de cateterização de eleição, é uma técnica que não pode ser considerada inócua devido aos riscos inerentes.

A existência de protocolos relacionados com esta temática é de extrema relevância, sendo que estes devem ser orientados segundo as bundles.

Salienta-se a existência de um procedimento sobre práticas de inserção e manutenção de dispositivos intravasculares. O procedimento em causa, designado de “Prevenção de Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto” contempla as recomendações gerais e recomendações adicionais para os diferentes dispositivos intravasculares, nomeadamente o catéter venoso periférico, CVC, catéter de Hemodiálise, catéter da artéria pulmonar e linha arterial. O mesmo foi revisto em 2011 e encontra-se disponível no site do hospital.

A não realização de determinados procedimentos, por alguns profissionais de saúde, como por exemplo, a não utilização de solução alcoólica aquando do seu manuseio (nomeadamente na substituição de perfusões e/ou substituição de alimentações parentéricas) demonstra a falta de actualização de conhecimento/informação.

Definiu-se como Problema a Inexistência da uniformização de procedimentos relativos à prestação de cuidados à Pessoa com CVC na UCI em questão. Posteriormente foram delineados os objectivos, geral e específicos.

O objetivo Geral caracteriza-se por Melhorar a qualidade de Cuidados à Pessoa com CVC numa UCI.

Para sustentar o projeto foi elaborada e aplicada uma grelha de observação realizada de acordo com o procedimento e as *bundles*. A elaboração da grelha de observação teve por base

uma grelha já existente numa anterior norma da instituição e foi complementada com as orientações e recomendações do procedimento vigente e com as orientações das bundles para os referidos procedimentos.

Seguidamente estipularam-se as prioridades, bem como os problemas parcelares associados.

Construída a SWOT que, como esclarece Santos (2007, citado por Ruivo *et al.*, 2010, p.14) consiste num “método que permite a reflexão e confrontação com os factores positivos e negativos identificados perante aquela situação”.

Seguiu-se o planeamento do projeto, que se caracteriza pela estipulação das atividades/estratégias a serem realizadas, o levantamento dos recursos materiais e humanos necessários e identificação dos constrangimentos inerentes ao projeto.

A fase de execução contempla a materialização do projeto que, de acordo com Castro *et al.* (1993, citado por Ruivo *et al.*, 2010) consiste na procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema seleccionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos.

Esta inclui a aplicação da grelha e a fase de observação, que decorreu em 2 períodos diferentes. A 1ª fase de observações decorreu de 30 de Junho a 9 de Julho de 2014 em que os resultados obtidos apresentavam como finalidade identificar as “lacunas” referentes ao procedimento existente na instituição.

Posteriormente à 1ª fase de aplicação da grelha de observação foram efetuadas as sessão de formação.

A 2ª fase de observações realizou-se de 19 a 23 de Janeiro de 2015.

Seguiu-se a fase de avaliação. A avaliação de um projeto como refere Ruivo *et al.*, (2010, p.26) “implica a verificação da consecução dos objectivos definidos inicialmente. Para fazer essa avaliação pode ser importante ter um método de verificação da consecução dos objectivos. Assim, podemos ter uma lista dos objectivos iniciais e verificar se cada um foi atingido”.

Métodos de Pesquisa

As bases de dados utilizadas foram: Pubmed, Scielo e a Sciendirect e consultados 850 artigos. Aplicados os

critérios de inclusão e exclusão dos estudos ficaram 15 artigos.

Avaliada a qualidade dos artigos esta revelou-se adequada.

Realizada uma revisão da literatura alargada, as palavras-chave utilizadas na seleção dos artigos foram: Cateter Venoso Central (CVC); Unidade de Cuidados Intensivos (UCI); Infecções da Corrente sanguínea (IACS); *bundles*.

Resultados e Discussão

O trabalho realizado foi desenvolvido durante o período de Março de 2014 a Fevereiro de 2015. A 1ª fase de observações decorreu sem que os enfermeiros tivessem conhecimento sobre o tema que estava a ser objeto de observação na prestação de cuidados.

Os resultados relativos à 1ª fase de observações demonstraram que os enfermeiros não possuíam conhecimentos sobre o correto procedimento, nomeadamente, realização do penso do local de inserção do catéter; substituição dos pensos do CVC; desinfeção das conexões e obturadores com solução alcoólica a 70%.

A 2ª fase de observações decorreu após a realização de sessões de formação informais.

Os resultados alusivos à 2ª fase de observações revelaram a existência de comportamentos de mudança dos enfermeiros sobre a fase de manutenção do CVC.

No que respeita:

- **à aplicação de solução alcoólica a 70% nas conexões e obturadores:** houve um aumento da taxa de adesão de 4% para 19%. Todavia 81% das observações realizadas demonstraram a não adesão a esta medida; De acordo com Naomi, O'Grady *et al.* (2010) o uso dos conectores e obturadores implicam desinfeção dos mesmos com solução de clorhexidina e álcool isopropílico a 70% ou álcool isopropílico a 70% antes e após o seu manuseio. Também Frasca, Dahyot-Fizelier e Mimos (2010) referem a importância do uso da solução de clorhexidina ou solução de álcool isopropílico a 70% na desinfeção dos conectores e obturadores antes e após a sua utilização como medida preventiva para a diminuição do risco de IACS.

- **Substituição do penso** do local de inserção do CVC, sempre que

necessário: apresentou uma taxa de adesão de 64% na 2ª fase de observação;

- **Substituição dos pensos, de gaze e pensos transparentes:** comparativamente com a 1ª fase de observações, houve um aumento na taxa de adesão de 12 para 59%;

Han, Liang e Marschall (2010) salvaguardam a substituição dos pensos do CVC, considerando a periodicidade de acordo com o material que os caracteriza. Isto é, pensos transparentes apresentam uma durabilidade de 5 a 7 dias, enquanto, os pensos de gaze apresentam uma durabilidade de 48h;

- **Realização da limpeza do local de inserção com soro fisiológico:** revelou uma taxa de 8% (1ª fase) existindo um aumento desta em cerca de 40%;

- **Desinfeção do local de inserção do CVC:** na 1ª fase de observações esta não foi realizada com solução alcoólica de clorhexidina, mas sim com solução alcoólica 70%, designada de Cutasep®, enquanto que na 2ª fase de observações a taxa de adesão foi de 20% (os restantes 80% representam a aplicação de Cutasept®).

Para Provonost *et al.* (2006); Frasca, Dahyot-Fizelier e Mimos (2010); Naomi, O'Grady *et al.* (2011) a desinfeção do local de inserção com soro fisiológico e desinfeção com solução de clorhexidina contribui para a diminuição do risco das IACS.

- **Manter as tampas nas torneiras de três vias sempre que o acesso não esteja a ser utilizado:** na 1ª fase de observações existiu uma percentagem de 66% nas quais estas eram mantidas, enquanto que na 2ª fase houve uma taxa de adesão de 100%;

- **Substituição de tampas realizada com a mesma periodicidade dos sistemas:** demonstrou uma taxa de adesão de 20% na 1ª fase e de 100% na 2ª fase de observações;

- **Substituição dos sistemas, torneiras e conectores efetuada a cada 72 horas:** na 1ª fase de adesão a taxa de adesão foi de 60% e na 2ª fase a taxa de adesão foi de 100%;

Naomi, O'Grady *et al.* (2011) descrevem que sistemas, torneiras, obturadores e conectores devem ser substituídos a cada 72h e as torneiras mantidas quando o acesso não estiver a ser utilizado.

-Substituição de prolongamentos das perfusões de propofol: na 1ª fase de observações 62% destas foram efetuadas de forma correta e de acordo com as orientações sobre a manutenção de CVC, enquanto que na 2ª fase não foi possível a observação referente a este item;

- Administração de terapêutica de nutrição parentérica: na 1ª fase de observações não se obtiveram resultados, uma vez que não se observou a administração desta nas pessoas internadas na UCI. Quanto à 2ª fase de observações constatou-se uma taxa de adesão de 100%;

- Perfusão de nutrição em via única: taxa de adesão de 100% na 2ª fase (sem resultados na 1ª fase);

Frasca, Dahyot-Fizelier e Mimos (2010) reforçam que soluções lipídicas como a nutrição parentérica e propofol devem perfundir em via única.

- Perfusão de infusões de sangue e derivados em 4 horas: taxa de adesão (1ª fase) foi de 100%, contudo a 2ª fase demonstrou uma taxa de adesão de 83%;

- Compatibilidade das perfusões: manteve a taxa de adesão de 100% em ambas as observações;

Andrade, Cardoso Pais, Carones e Ferreira (2010, p.57) mencionam que as associações de perfusões são determinadas pelas compatibilidades dos fármacos.

- Realização dos registos de enfermagem: taxa de adesão de 100% em ambas as fases.

Deparamo-nos com alguns constrangimentos que implicaram alterações ao nível das fases de execução e avaliação do trabalho de projeto. Houve necessidade de alterar a data da sessão de formação, modificar a estrutura de formação de formal para informal, bem como o período estipulado para a 2ª fase de observações.

Conclusões Finais

A presença do CVC na Pessoa em estado crítico é fundamental para a melhoria do seu estado de saúde, contudo, o internamento na UCI predispõe por sua vez à interação com um ambiente inóspito e propício à existência de IACS.

É essencial que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos sobre

procedimentos/protocolos referentes aos cuidados a serem prestados à pessoa com CVC.

Os resultados obtidos na 1ª fase de observações permitiram identificar na equipa as lacunas existentes referentes à fase de manutenção do CVC. A 2ª fase de observações realizou-se posteriormente às sessões de formação informal, e, após estas, foi possível observar mudanças de comportamento. Ressalvamos o facto destas terem decorrido sobretudo nos turnos da manhã em que 5 dos 9 elementos da equipa se repetiram (diariamente). Quanto à substituição do penso do local de inserção do CVC sempre que necessário verificou-se que em 32% das observações houve uma alteração de comportamento. Após a sessão de formação informal passou a existir um maior cuidado na observação do penso e ponderação na sua substituição. A 1ª fase de observações revelou que o penso era realizado embora se apresentasse íntegro, limpo e seco, enquanto que na 2ª fase de observações se verificou que, se este estivesse íntegro, não descolado ou repassado, o mesmo já não era realizado. Quando interpelados, os profissionais argumentavam com o aspeto acima referido, assim como com a durabilidade do penso (gaze durabilidade de 48h, transparente durabilidade até 7 dias). Para além destes aspetos, foi demonstrada a vantagem dos pensos transparentes permitirem a observação do local de inserção do catéter e apresentarem local para registo da data da realização do mesmo. O item referente à realização da limpeza do local de inserção do CVC com soro fisiológico revelou uma taxa de adesão de 8% na 1ª fase com aumento desta em cerca de 40% na 2ª fase. Este aspeto era desconhecido pela maioria dos elementos da equipa, tendo a realização da sessão de formação permitido a consciencialização da equipa acerca desta prática. Contrariamente, na realização de outros pensos, nomeadamente os da LA e pensos cirúrgicos, a limpeza com soro fisiológico estava presente. A desinfecção do local de inserção do CVC, era maioritariamente realizada com a solução de álcool isopropílico a 70%, uma das possíveis soluções (tal como era referido pelo procedimento). Durante a semana em que decorreu a 2ª fase de observações foi disponibilizada a solução alcoólica de

clorhexidina, o que demonstra uma vontade para a mudança. Quanto à observação do item substituição dos sistemas, torneiras e obturadores e conectores efetuada a cada 72 horas embora as taxas de adesão sejam positivas, existe a limitação desta só ocorrer no turno da noite e das observações terem sido realizadas no turno da manhã, o que não permitiu conclusão exata sobre este item. Por sua vez, as observações relativamente à substituição de tampas realizada com a mesma periodicidade dos sistemas, demonstrou uma taxa de adesão de 20% na 1ª fase, em que durante o período da manhã foram observadas 5 substituições de tampas durante a administração de terapêutica. Na 2ª fase de observações verificou-se uma taxa de adesão de 100% neste item.

Quanto à perfusão de infusões de sangue e derivados em 4 horas a taxa de adesão na 1ª fase foi de 100%, contudo na 2ª fase demonstrou decréscimo de 7%. É de salientar que dada a instabilidade clínica da pessoa em situação crítica nem sempre é possível respeitar a durabilidade da perfusão de 4 horas. A compatibilidade das perfusões manteve a taxa de adesão de 100% em ambas as fases de observação. Todos os profissionais demonstram conhecimento sobre a importância da compatibilidade entre fármacos e a sua implicação direta sobre o CVC, ou seja, reacções entre fármacos que possam causar obstrução do catéter e, consequentemente, inviabilizá-lo. A realização dos registos de enfermagem manteve igualmente uma taxa de adesão de 100% em ambas as fases. Deste modo realçamos a importância que os enfermeiros reconhecem nos seus registos, assim como na manutenção ou atualização do plano de cuidados para a segurança e melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Em geral, durante a 2ª fase de observações e após as sessões de formação informal, foi possível observar mudança de comportamentos. Contudo é de salientar que os resultados obtidos podem estar enviesados, uma vez que os períodos de observações foram confinados a um curto espaço de tempo (apenas 5 dias pelos constrangimentos institucionais já referidos) e decorreram sempre nos turnos da manhã. Os aspetos mencionados influenciaram os resultados,

embora o item relacionado com a higienização das mãos, antes e após a manipulação do CVC, não tenha revelado alteração significativa relativamente às taxas de adesão. A higienização das mãos quer seja através da lavagem das mãos ou da aplicação de solução alcoólica, Sterillum®, antes ou após os procedimentos, é essencial na nossa praxis, sobretudo na prevenção de infecções cruzadas e de IACS, mas é também essencial para proteção dos próprios profissionais de saúde. De acordo com Pina *et al.* (2010, p.33) "a higienização das mãos constitui uma acção simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS". Salvaguardamos que o uso de luvas não inviabiliza a higienização das mãos. Como refere Pina (2006, citado por Pina *et al.*, 2010, p.33) em que "o uso de luvas não modifica as indicações para a higiene das mãos e sobretudo, não substitui a necessidade de higienização das mãos, e se apropriado, a indicação para a higienização das mãos pode implicar a remoção das luvas para efectuar a acção".

Todavia Sousa Dias (2010, p.48) alude que "para melhorar as taxas de adesão é importante, o encorajamento contínuo e monitorização do reforço das políticas da higienização das mãos".

Com base nos resultados obtidos após a 2ª fase de aplicação da grelha de observação, podemos concluir que a alteração de sessão de formação formal para informal, e esta ter ocorrido durante um período de 2 semanas foi benéfico para a transmissão de informação junto dos profissionais.

Referências Bibliográficas

Andrade, A., Cardoso P. P., Carones, N. & Ferreira, M. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 17(1), 55-59. Acedido Março 30, 2014 em http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_55a59.pdf

Brachine, P.,D.,J., Peterlini, S.A.M. & Pedreira, G.L.M. (2012). Método Bundle na redução de infeção da corrente sanguínea relacionada a cateter centrais: Revisão Integrativa, Revista Gaúcha

Enfermagem. Acedido a Março 30, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/25.pdf>

Dallé, J., Kuplich, M. N., Santos, P., R. & Silveira, T. D. (2012). Infecção relacionada a cateter venoso central após a implementação de um conjunto de medidas preventivas (bundle) em centro de terapia intensiva. Revista HCPA. Acedido a Março 30, 2014 em <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/25148>

Ferreira, F. V. M., Andrade, D. & Ferreira, M.A. (2011). Controle de infecção relacionada a cateter venoso central impregnado com antissépticos: revisão integrativa. Revista Escola Enfermagem USP, 45(4), 1002-1006. Acedido a Março 30, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a30.pdf>

Frasca, D., Dahyot-Fizelier, C. & Minoz O. (2010). Prevention of central venous catheter-related infection in the intensive care unit [em linha]. Critical Care. Acedido Novembro 11, 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887105/>

Han, Z., Liang, S., Y., & Marschall, J. (2010). Current strategies for the prevention and management of central line-associated bloodstream infections. Infection Drug Resist. 3, 147-163. Acedido Novembro 11, 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108742/>

Jardim, M.J., Lacerda, A. R., Soares, D. J. N. & Nunes, K.B. (2013). Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea em um hospital governamental acedido a Março 30, 2014 em file:///C:/Users/PC/Downloads/3662_Avaliacao%20A7%20A3o%20das%20praticas%20de%20prevencao%20A7ao.pdf

Loveday, H.,P. et al. (2014). National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. Journal of Hospital Infection, 86S1, S1-S70. Acedido a Fevereiro 24, 2015 em

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii>

Naomi, P., O'Grady, M., D. et al. (2002). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Clinical Infection Diseases. 35, 1281-1307. Acedido Março 30, 2014 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019665530200250X>

Naomi, P., O'Grady, M., D. et al. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections [em linha]. CDC. Acedido Novembro 11, 2014 em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. Temático 10, 27-39. Acedido a Novembro 28, 2014 em <https://www.ensp.unl.pt>

Provonost, P., Needham, M., D. et al. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. The New Journal of Medicine. Vol.355, n.º 26, 2725-2732. Acedido a Novembro 18, 2014, em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa061115>

Ruivo, M., A., Ferrito, C., Nunes, L. & alunos 7º CLE (2007). Metodologia de Projeto: Colectânea de etapas. Revista Percursos, 15, 1-37.

Santos, G., O., M., Sobreiro, C., P., L. & Calca, B., M., I., P. (2007). texto de apoio sobre: a análise SWOT, selecção de prioridades. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia "Augusto da Silva", acedido a 13 de Junho em http://www.cisaas.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf

Sousa Dias, C. (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista. Revista Portuguesa Medicina Intensiva, 17(1), 47-53.

Silva, A., Oliveira, F. & Ramos, M. (2009). Infecção associada ao Cateter Venoso

Central – Revisão da Literatura. Revista Referência, n.º 11, 125-134.

World Health Organization (2011). Reporte on the burden of endemic health care-associated infection worldwide – Clean care is safer care [em linha]. World Health Organization. Acedido a Novembro 11, 2014 em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1